

OMSORGSFERDIGHETER SOM PEDAGOGISK PROSJEKT

- en feltstudie i sykepleierutdanningen

av

Betty-Ann Solvoll

Dr. philos avhandling

Universitetet i Oslo

Det medisinske fakultet

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

2007

© **Betty-Ann Solvoll, 2007**

*Series of dissertations submitted to the
Faculty of Medicine, University of Oslo*
No. 540

ISBN 978-82-8072-410-6

All rights reserved. No part of this publication may be
reproduced or transmitted, in any form or by any means, without permission.

Cover: Inger Sandved Anfinssen.
Printed in Norway: AiT e-dit AS, Oslo, 2007.

Produced in co-operation with Unipub AS.
The thesis is produced by Unipub AS merely in connection with the
thesis defence. Kindly direct all inquiries regarding the thesis to the copyright
holder or the unit which grants the doctorate.

*Unipub AS is owned by
The University Foundation for Student Life (SiO)*

SAMMENDRAG

OMSORGSFERDIGHETER SOM PEDAGOGISK PROSJEKT

Bakgrunn og hensikt: Omsorg er et sentralt og omdiskutert begrep i sykepleie. Det er et abstrakt fenomen samtidig som omsorg kommer konkret til uttrykk i sykepleieres kliniske arbeid. Det dreier seg om utføring av praktiske handlinger i møte med pasienter på måter som er til pasienters beste. Avhandlingen baserer seg på en antagelse om at omsorg er ferdigheter som må læres. Hensikten med avhandlingen er å få en grundigere forståelse for og å utvikle nye kunnskaper om hvordan sykepleiestudenter lærer seg ferdigheter i det å praktisere omsorg.

Teoretisk rammeverk: Premissene for å utforske studentenes kliniske studier har tatt hensyn til at det å utøve omsorg og å lære ferdigheter i omsorg er to sider av samme sak. Studenter skaffer seg førstehåndserfaring og kunnskap ved å utøve konkret pasientomsorg. Det er lagt vekt på at måten å tenke om omsorg og om læring skal være så konsistent som mulig. Kari Martinsens fenomenologisk orienterte teori om omsorg i sykepleie er en hovedkilde. Den følges opp av en sosiokulturell forståelse av læring.

Problemstilling: Med dette som utgangspunkt stilles spørsmålet: Hva kjennetegner studenters læring av omsorgsferdigheter i utdanning av sykepleiere?

Metode: Studien har en fortolkende tilnærming og en hovedforankring i fenomenologi. Konkret studeres sykepleiestudentenes omsorgs- og læringserfaringer gjennom en feltmetodisk tilnærming. Datamaterialet utgjøres av

- 1) felt observasjoner av studenter i øvingsavdeling og i kliniske studier
- 2) studentintervjuer
- 3) analyser av skriftlige studieoppgaver.

Resultater: Analyser av data på tvers av ulike datakilder viser at sykepleiestudentene er sensitive i møte med pasienter. De lar seg berøre og viser tydelig medfølelse med syke og lidende personer som de relaterer seg til. Studentene erfarer sårbarhet i møte med pasienter som også "slår inn" i dem selv. De skal på samme tid takle seg selv - og den andre. Første hovedfunn oppsummeres med to hovedord; å lære omsorgsferdigheter innebærer *sensitivitet* og *sårbarhet*.

Neste steg i analysen er å undersøke hvordan omsorgspotensialet hos studentene utvikles og bearbeides gjennom relasjonene til pleiefellesskapet. Resultatene viser at studentene innvies i et pleiefellesskap der de på den ene siden er avhengige av og *prisgitt* pleiefellesskapet for å få tilgang til læringssituasjoner. På den andre siden er de *frisatt* fellesskapet i den betydningen av at de er fri fra de arbeidsforpliktelser, som hviler på fellesskapet. Det gis rom for å konsentrere seg om egne studieoppgaver. Studentenes læringsaktiviteter kjennetegnes ved en tendens til at praktiske oppgaver og gjøremål mer og mer trer i forgrunnen og at sensitiviteten og sårbarheten kommer i bakgrunnen. Løsbare problemer og gjøremål får forrang. Analyser av skriftlige refleksjonsoppgaver over erfaringer i praksis viser at den abstrakte teorien forventes aktivert. Både gjøremålsorientering og fokus på abstrakt tenkning har som felles konsekvens at studentenes sanseerfaringer fra omsorgssituasjoner i liten grad utnyttes som kilde til det å utvikle

omsorgsferdigheter. Empirien viser hvordan sanseerfaringene bare i begrenset grad får oppmerksomhet i samtaler og dialoger.

Hovedkonklusjonen er at sykepleiestudentene ikke får hjelp til, eller mangler verktøy til å skape den kognitive distanse som gjør at de affektive umiddelbare erfaringsdimensjonene kan gjøres faglig gjennomtenkte og reflekterte. Svaret på det overordnede stilte forskningsspørsmålet er at det å lære omsorgsferdigheter kjennetegnes av at de *sansebaserte erfaringene i begrenset grad anvendes til faglig reflekterte forståelser.*

ABSTRACT

CARING SKILLS AS A PEDAGOGICAL PROJECT

Purpose: Nursing is defined as a caring profession and the nurse is considered as a professional caregiver. This dissertation is based upon the idea that caring is an important and challenging part of nursing. The theme of the study is the learning of caring skills in various clinical settings. The purpose is to get a better understanding as to how student nurses develop skills in practical caring. "Caring skills" as an analytical term focuses attention on positive interactions demonstrating the practical application of caring. It refers to practical actions where caring is expressed in situations involving patients.

Theoretical basis: Kari Martinsen's theory of caring and sociocultural learning is the basis for the understanding and interpretations in this study. There is duplicity to the extent that the students' learning situations are also practical demonstrations of caring skills. The students' learning activities relating to patients are simultaneously demonstrating and learning caring skills.

Research question: The following main question is asked based upon caring skills as a defining term:

What defines the students' learning of caring skills during their nursing studies?

Method: The study is rooted within a phenomenological perspective. The student nurses' caring and learning experiences are studied in the field. The data is collected in the form of 1) field observations of students in clinical situations, 2) interviews with the students and 3) analyses of the students' written tasks. The data analysis uses an interpretative approach with the aim of procuring further comprehension of meaningful phenomena in learning caring skills

Results: The caring situations show that the students are sensitive and that providing care makes them vulnerable. They allow themselves to be moved and show empathy with patients who are ill and suffering. Their vulnerability is expressed in their surrendering in active situations, as well as a vulnerability which "hits" them in their own existence and personal identity. The students have to tackle themselves - and the other - simultaneously. The results demonstrate that the students learn when they are aroused by the call for care in the nursing situations. Their participation and interactions with the patients in specific helping and nursing tasks creates points of contact and awakes their senses as well as their vulnerability.

The student nurses are also initiated into a nursing community where they are dependent upon the community on one hand so as to be included in and have access to the learning situations. On the other hand, they are independent of the community insofar as they are free from the working commitments that apply to the community. The students' involvement and participation are distinguished by the tasks and problems at the forefront. Questions relating to patient relations come into the background in conversations and discussions in the community. The focus of learning activities, and the interest in them, tends to be task-oriented, and problems that can readily be solved are given priority. Abstract theories are introduced in study tasks. Both practice

and theory appear to be insufficient with respect to taking care of experiences as a source for developing knowledge and caring skills.

Analyses and interpretations of practical situations that the students find themselves in prove to be rich in opportunities for developing caring skills. Experience is insufficiently exploited as a source of learning. The student nurses' *experiences* are only to a limited extent used to develop deliberate, professional understandings of caring situations. They are in lack of tools in their studies so that they can actively develop their skills and knowledge in practising professional care.

FORORD

Denne studien omhandler spørsmål om hvordan studenter i sykepleierutdanning lærer seg omsorg i fagutøvelsen og hva som kjennetegner deres læring av omsorgsferdigheter.

Min personlige bakgrunn for engasjementet med studien er opplevelsen av å stå litt utenfor og ikke helt gripe det som skjer i praksislæringen i dagens utdanning. Det er en utfordrende erfaring, ikke helt å forstå hva som skjer i studentenes læringsforløp. Her er flere motsetninger i dette bildet. Den ene siden er å møte så mange flotte studenter, med stort potensial og som med iver tar fatt på studier, motivert av å være til nytte for andre. De er samtidig veldig forskjellige seg imellom og ikke minst er det forskjeller i studentrollen fra den gangen jeg selv tok sykepleierutdanning. Ofte fornemmer jeg å være tradisjonell i min tilnærming. Jeg har kjent på oppbrakthet og forvirring over mange av studentenes reaksjoner i studiet. Spriket mellom erfaringer og forståelse, mellom følelser av hjelpeløshet som lærer og i egen tenkning om hva det er å lære sykepleie, har motivert til denne studien.

Så kom muligheten til å gjøre en forskningsstudie. Det har vært spennende og slitsomt, lærerikt og veldig krevende. En hel rekke mennesker har på ulike måter har vært til hjelp og støtte. Jeg vil først og fremst takke sykepleiestudentene som raust har innviet meg i sine studier på vei mot å bli sykepleiere. Min veileder, professor Kristin Heggen har vist vei og retning, ved sin særpregede, kreativt skarpe og analytiske tilnærming. Takk for verdifull hjelp og inspirerende kraft i arbeidet!

Gode venner og kollegaer har involvert seg og vært uvurderlige for meg: Vigdis Knutsen har latt seg engasjere av store og små spørsmål og hele tiden bidratt med bibliotekfaglig hjelp. I siste runde korrekturlest manus og hjulpet med referanselisten. Tusen takk! Jeg vil også takke fantastiske kollegaer som gjennom hele perioden har vist interesse og vært et faglig fellesskap der jeg har kunnet hente krefter og inspirasjon. Til Solveig Hauge, Lisbeth Thoresen og Ivar Myhren; tusen takk for lesning av tekster, veiledning og kloke råd. Likeledes er jeg takknemlig til hjelpsomme bibliotekarer, med Britt Nyerrød Kjærås i spissen. Vigdis Granum har

kommentert og lest kapitler underveis. Dagfinn Nåden leste hele manuset og ga verdifulle kommentarer. Tusen takk for hjelpen!

Takk også til professorene Marit Kirkevold og Per Nortvedt som inviterte til doktorgradsseminaret ved Institutt for Sykepleievitenskap. Her opplevde jeg academia på sitt beste, med skarpe og kritiske kommentarer gitt i vennlige og respektfulle former. Førsteamanuensis Anton Havnes bidro med verdifull kritikk gjennom ”forgranskning” i en avgjørende fase av prosjektet.

Til slutt vil jeg takke dekanene;
Margrethe Haga som puffet meg i gang.
Solveig O. Sandvik som bidro med finansiell garanti før opptak på universitetet.
Inger J. Kraver som raust har sørget for tid og rom i avsluttende fase.

To institusjoner vil jeg takke for deres bidrag økonomisk:
Norges Forskningsråd for stipend i tre år på full tid.
Høgskolen i Vestfold for fullføringsstipend.

Til dere alle sammen: Tusen takk!

Borre April 2007

Betty-Ann Solvoll

INNHOLDSFORTEGNELSE

KAPITTEL 1	INNLEDNING	1
1.1	Introduksjon til studiens tematikk	1
1.2	Bakgrunn for studien	2
1.2.1	Omlegginger i utdanningen	2
1.2.2	Omlegginger i helsetjenesten	4
1.2.3	Ulike forvaltere av faget	7
1.2.4	Oppsummerende og hovedpoeng	14
1.3	Problemstilling og forskningsspørsmål	15
1.4	Oppbyggingen av avhandlingen	16
KAPITTEL 2	HØGSKOLEN, UNDERVISNINGSPROGRAMMET OG SYKEPLEIESTUDENTENE	18
2.1	Innledning	18
2.2	Høgskolen og undervisningsprogrammet	18
2.2.1	Avdelingens nedfelte idégrunnlag	18
2.2.2	Undervisningsprogrammet	19
2.2.3	Praksislæring	22
2.3	Utvalgsprosess og utvalg	25
2.3.1	Utvalgskriterier	25
2.3.2	Utvalgsprosessen	28
KAPITTEL 3	OMSORGSFERDIGHETER SOM PEDAGOGISK PROSJEKT	34
3.1	Innledning	34
3.2	Omsorg	34
3.2.1	Sentrale trekk i omsorgsforståelse	35
3.2.2	Relasjonelle og situerte perspektiver	37
3.2.3	Omsorgsferdigheter	39
3.3	Læring	43
3.3.1	Sentrale trekk i læringsforståelse	43
3.3.2	Relasjonelle og situerte perspektiver	44
3.4	Ettertanker om hovedpremisser for studien	48
3.4.1	Omsorg	49
3.4.2	Læring	51

KAPITTEL 4	TIDLIGERE FORSKNING	53
4.1	Innledning	53
4.2	Sykepleiestudenter og læring av omsorg	54
4.3	Studier av praktisk utøvelse av sykepleie	63
4.4	Fra et pasientperspektiv	66
4.5	Oppsummering	67
KAPITTEL 5	VITENSKAPSTEORETISKE OG METODISKE REFLEKSJONER	69
5.1	Innledning	69
5.2	Vitenskapsteoretisk forankring	69
5.2.1	Metodiske konsekvenser	73
5.3	Metodisk framgangsmåte	75
5.3.1	Forskningsfeltet	75
5.3.2	Feltforskningen	78
5.3.3	Datagrunnlaget	83
KAPITTEL 6	TOLKNING OG TROVERDIGHET	87
6.1	Innledning	87
6.2	Analyseprosessen	87
6.2.1	Grunnleggende analytiske aktiviteter	88
6.2.2	Faser i analyseprosessen	89
6.2.3	Teoriens rolle i forskningsarbeidet	95
6.3	Skriveprosessen	97
6.4	Forskerrollen	98
6.5	Forskningsetikk	102
6.6	Kvalitetsvurdering av studien	108
KAPITTEL 7	HVA KJENNETEGNER LÆRING AV OMSORGSFERDIGHETER?	114
7.1	Innledning	114
7.2	I sykehjem	115
7.2.1	Eriks erfaringer	115
7.2.2	Oppsummering	121
7.3	I øvingsavdelingen	121
7.3.1	Aina og hennes studentgruppe	122
7.3.2	Oppsummering	126
7.4	I sykehus	127
7.4.1	Dina	128
7.4.2	Frøydis	128
7.4.3	Berit	134
7.4.4	Oppsummering	138
7.5	Empiriske hovedinntrykk: Sensitiv og sårbar	140

KAPITTEL 8	PLEIEFELLELESSKAPETS BETYDNING NÅR OMSORGSFERDIGHETER SKAL LÆRES	142
8.1	Innledning	142
8.2	Vennlig mottatt og ivaretatt	142
8.3	Risikoen i det å handle sammen	147
8.4	Om varhet i veiledningsforhold	149
8.5	Fokus for diskusjoner og samtaler	153
8.6	Studentposisjonen	156
8.7	Empiriske hovedinntrykk: Priggitt og frisatt	160
KAPITTEL 9	OPPGAVEFOKUS OG BEGRENSET TILGANG TIL SITUASJONSRELATERT KUNNSKAP	163
9.1	Innledning	163
9.2	Med oppgaver som læringsfokus	163
9.3	Tilgangen til sanseerfaringer	171
9.4	Empiriske hovedinntrykk: Begrenset tilgang til refleksjoner over sanseerfaringer	179
9.5	Hovedfunn i studien	180
KAPITTEL 10	SANSEERFARINGENES POTENSIAL FOR Å LÆRE OMSORGSFERDIGHETER	184
10.1	Innledning	184
10.2	Diskusjon av studiens hovedfunn	184
10.2.1	Begrenset tilgang til refleksjoner rundt sanseerfaringer	184
10.2.2	Diskusjon	186
10.3	Didaktiske konsekvenser	195
10.3.1	Pedagogisk kompetanse	195
10.3.2	Fagplanens beskrivelse av kliniske studier	200
10.4	Etterord	202
10.5	Videre forskning	203
REFERANSELISTE		205
FIGURER		216
TABELLER		216
BOKSER		216
VEDLEGG		216

KAPITTEL 1

INNLEDNING

1.1 Introduksjon til studiens tematikk

Det er bred enighet om at omsorg står sentralt i utøvelsen av sykepleie (Martinsen 1989, Eriksson 1996, Benner, Wrubel 1989, Bevis, Watson 1989). Omsorg er utfordrende, både teoretisk og praktisk. Det er tilsynelatende positivt ladet, samtidig som litteratur viser at det knytter seg en rekke dilemmaer og konflikter til omsorg (Martinsen 1989, 1990, 1996, 2000, Ruyter, Vetlesen 2001). Denne avhandlingen baserer seg på en ide om at omsorg i sykepleie er viktig, men vanskelig og må læres av nye rekrutter i faget. Hvordan læres utøvelse av omsorg gjennom utdanningen av sykepleiere? Dette er spørsmålet som har inspirert meg som forsker, sykepleier og sykepleielærer.

En grunnleggende antagelse i denne studien er at det å lære seg omsorgsutøvelse handler om mer enn det å lære seg å stelle en sengeliggende pasient eller å utføre et sårstell på hygienisk forsvarlige måter. Utøvelse av omsorg kan for eksempel være utfordringer i å kommunisere med en pasient som lider av psykose eller demens, som kanskje også er markert uvillig til å motta hjelp fra sykepleieren. Sykepleiestudentene skal lære seg å bygge opp tillitsfulle relasjoner til ulike pasienter i ulike situasjoner, samtidig som de også skal utføre mer eller mindre tekniske pleieoppgaver. De skal møte og takle andres dype sorg eller sterke glede, samtidig som de skal utføre praktiske pleieoppgaver av ulik art. Deres utøvelse rører ved spenningen mellom omsorg og teknikk, mellom pleie og medisin, mellom fornuft og følelser, mellom samfunnsvitenskapelige og naturvitenskapelige kunnskapselementer.

På tvers av variasjoner i pleieoppgaver må studentene samtidig lære seg å inngå i relasjonene og å utføre oppgavene på måter pasienter erfarer som omsorg. Omsorg er med andre ord mer enn "bare" en serviceinnstilt holdning. Omsorg dreier seg både om måter oppgaver utføres på, om å forholde seg til pasienter og til hvordan samspillet erfares av pasienten samtidig som

pleiearbeidet utføres. Det er med en slik krevende bestemmelse av omsorg at jeg har gått inn i ulike kliniske læringskontekster og studert hvordan studenter utvikler det jeg vil kalle omsorgsferdigheter.¹

1.2 Bakgrunn for studien

Kunnskaper om hvordan læring av omsorgsferdigheter foregår i praksis er av betydning for hvordan kliniske studier i sykepleie bedre kan tilrettelegges. Det er flere ulike begrunnelser for relevansen av denne studien. For det første de store omlegginger av både *utdanningssystemet* og *helsetjenesten* de siste tiårene. Videre er det grunn til å tro at yrkesutøvelsen og sykepleiefaget bevegges “innenfra” ved at *nye generasjoner* blir forvaltere av faget. Dagens studenter lener seg i mindre grad til tradisjonens føringer (Christiansen m.fl.2004). Hvordan overleveringer og formidling av praktisk omsorgsarbeid foregår, har videre sammenheng med *sykepleiere som veileder* studentene i kliniske studier. De store omleggingene har også medført endringer i *lærerrollen*. Med premissene om plikt og rett til forskning, har presset på lærerne om ytterligere kvalifisering vært sterkt. Disse endringene vil jeg nå utdype.

1.2.1 Omlegginger i utdanningen

Sykepleierutdanningen har vært gjenstand for store omlegginger i løpet av de siste 30 år. Reformenes² karakter har vært gjennomgripende og endringene har hatt konsekvenser både for studenter i sykepleierutdanning, for sykepleiere som veileder studentene i praksis, for lærere og for måten det tenkes om omsorg og læring av omsorg. I denne sammenhengen vil jeg peke på fire begivenheter som har vært viktige endringer.

Den første var endringene i de studiesosiale vilkår som skjedde i 1975. En vesentlig hensikt med denne omleggingen var å gi elevene bedre studieforhold. Bl.a. ble studietiden regulert

¹ En nærmere beskrivelse av ”omsorgsferdigheter” utledes i kapittel 3

² Forandringene i sykepleierutdanningen, både i reformer og i omstruktureringer, som angår kvalitetskrav til personalet, finnes hovedsaklig nedfelt i Stortingsmeldinger og Lovdokumenter.

- St.meld. nr.13 (1976-77)(Kirke- og undervisningsdepartementet 1977)
- St.meld. nr.40 (1990-91)(Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet 1991)
- NOU (1988:28) (Kultur- og vitenskapsdepartementet 1988)
- Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet 1995 (Lov om Universitet og Høgskoler 1995)
- St.meld. nr.28 (1988-1989) (Kultur- og vitenskapsdepartementet 1989)
- St.meld. nr. 27 (2000-2001) (Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet 2001)

tilnærmet lik ”andre under utdanning” (Sosialdepartementet 1975). Dette resulterte i at praksis i sommerferie og høytider ble avvirket, noe som innebar en redusert praktisk trening, beregnet til mer enn 25 uker. Videre bidro endringen til å frisetze elevene fra arbeidsforpliktelser under utdanningen. Elevene skulle ikke lenger regnes med som arbeidskraft og de fikk studentstatus (Fagermoen 1993). Den totale tid til kvalifisering ble i realiteten redusert med et halvt år (Fagermoen 1996). Samtidig skjedde en forskyvning mellom teoretisk og praktisk undervisning.

I 1981 ble sykepleierutdanningen innlemmet i høgskolesystemet i den hensikt å bidra til en ”mer bevisst utvelgelse av nødvendige kunnskaper, ferdigheter og holdninger” i utdanningen og en mer ”bevisst sykepleiepraksis” (Norsk Sykepleierforbund 1979, Fagermoen 1993). Reformen innebar at utdanningen administrativt ble overført fra Sosialdepartementet til Kirke- og undervisningsdepartementet (Fagermoen 1993). Dermed var skillet mellom utdanning og arbeidsmarked endelig. Å være student og lærer innenfor et høgskolesystem, satte andre og nye krav. Studenter ble selv ”ansvarlig for egen læring” og det ble stilt forventninger om deltagelse i studentaktive metoder. Lærerne ble adressert med høyere kompetansekrav.

I 1994 skjedde realiseringen av NOU (1988:28) ”Med viten og vilje” (Kultur- og vitenskapsdep1988). Regionale høgskoler ble slått sammen til større enheter. Reformen kom samtidig med felles lovverk for Universitet og Høgskoler som la en viktig premiss om lovfestet krav til at all høyere utdanning skal baseres på forskning (Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet 1995). Kravene økte igjen både for studenter og lærere. Det vitenskapelige personalet skulle selv forske og tilby forskningsbasert undervisning. Det ble stilt ytterligere krav til studentene om forvaltning av kunnskaper. Sykepleieutøvelse skulle understøttes og begrunnes, ikke bare på tradisjonens overleverte kunnskaper, men også på vitenskapelig kunnskap. Det betydde økte krav til ferdigheter i det å søke, å finne og å forstå forskningskunnskaper for å begrunne sykepleiehandlinger.

Presset på utdanningen økte. På den ene siden økte kravene til akademisk substans for eksempel i kravet om forskningsbasert undervisning. På den andre siden ble utdanningen utfordret av kritikk fra det kliniske feltet, om for dårlig praktisk skolering av studentene (Havn, Vedi 1997). Kritikken om for skrinnet praktisk handlingskompetanse blant

nyutdannede, har også vært et internasjonalt (vestlig) tema innenfor sykepleierutdanning (Nolan 1998).

Den siste reformen jeg vil omtale her, er den såkalte "Kvalitetsreformen" fra 2000, der hensikten var å gi høyere utdanning et kvalitetsløft (Kirke-utdannings- og forskningsdep 2001). Studiene skulle effektiviseres, det skulle gis tettere studentoppfølging og innføres mer aktiviserende undervisningsformer. Det gjenstår å se hva reformen over tid bringer til utdanningen. Men for sykepleierutdanningen har NOKUT³s kvalitetskontroll hatt spesiell betydning. I kjølvannet av kvalitetsreformen har myndighetene ved NOKUT satt i gang kontroll av kvaliteten i høyere utdanning. Situasjonen ble dramatisk da samtlige av sykepleierutdanningene, med unntak av en, i 2005 ble satt på "vent" i det å bli reakkreditert. Fellesnevner i kritikken er en påpekning om at forskningsfundamentet for utdanningen er for svakt. Reaksjonene har på den andre siden avstedkommet frykt for at en forsterket "akademisering" i høyskoler vil svekke den treningen for praksis som utgjør en viktig bærebjelke i profesjonsutdanningen (Skoie 2006).

Det er ikke bare sykepleierutdanningen som har vært gjennom større omlegginger de senere årene. Også helsepolitisk har vår tid vært preget av store endringer.

1.2.2 Omlegginger i helsetjenesten

I dette avsnittet skal jeg omtale sentrale trekk ved helsepolitiske reformer de siste tre, fire tiår, og vise hvordan omveltningene⁴ har fått betydning for studentene som studerer sykepleie og for sykepleierutdanningen.

I 1969 kom lov om sykehus. Den var bl.a. et distriktspolitisk virkemiddel og satte fart i sykehusutbygging og førte til en stor aktivitet i sykehussektoren (Sosialdepartementet 1969,

³ NOKUT – Nasjonalt organ for kvalitet i utdanning

⁴ Omveltningene som har funnet sted kan leses ut av en rekke offentlige dokumenter. Her er gjort et utvalg:

- Lov om Sykehus av 1969
- Stortingsmelding nr.41 for 1987-99)
- Lov om Kommunehelsetjenesten av 1982
- Stortingsmelding nr.50,(1993-94)
- NOU (1997:2) (Sosial- og helsedepartementet 1997)
- Lov om Pasientrettigheter av 1999
- Lov om Helsepersonell av 1999
- Lov om Spesialisthelsetjenesten av 1999
- Stortingsmelding nr. 25, (2005-2006)

Erichsen 1996). Som et resultat økte befolkningens forventninger til hva helsevesenet kunne utrette, og det utviklet seg etter hvert en ”forventningskrise” (Sørensen 2000). Den medisinskfaglige utviklingen forsterket videre den medisinske faglogikken i helsetjenesten, som innebærer at sykdom hovedsakelig blir forstått ved å inndelegge den menneskelige organismen i avgrensede områder, den såkalte reduksjonistiske logikken (Løchen 1996). Fra et samfunnsmedisinsk ståsted økte samtidig en erkjennelse av at menneskenes helseproblemer i høy grad kan relateres til den måten de lever på og deres forhold til hverandre (Løchen 1996).

Ulike faglogikker utfordrer helsefagene til å forstå menneskers helseproblemer, både i et livsstilsperspektiv og i en tradisjonell medisinsk-reduksjonistisk og anatomisk tenkemåte. Også sykepleierutdanningen utfordres til å formidle forståelser av helse og møte med folks behov for pleie og omsorg, i tråd med kunnskaper fra den medisinske spesialiseringen så vel som i et bredere samfunnsvitenskapelig perspektiv.

Etter et tiår med enorm vekst i sykehussektoren måtte det konstateres at det distriktpolitiske innslaget var feilslått, og at sosial og geografisk utjevning av helsetilbudene ikke var vesentlig bedret (Erichsen 1996). I 1982 kom Lov om kommunehelsetjenesten (Sosialdepartementet 1982). Ansvar for primærhelsetjenesten ble overført fra stat til kommune. Trenden i helsetjenesten pekte nå i retning av å nedbygge institusjonsbehandling og øke hjemmebasert og poliklinisk behandling. Antall pasienter til poliklinisk behandling økte. Dagkirurgi la inn et mellomliggende omsorgsnivå, mellom sykehusinnleggelse og poliklinikk. Den samme desentraliserende tanken bidro til nedbygging av store institusjoner for mennesker med psykiske lidelser. Et kjennetegn ved omleggingen innenfor helsetjenesten er altså en utvikling i rådende omsorgs- og behandlingstenkning, der hjemmet rehabiliteres som arena for omsorg (Sørensen 2000). Denne grunnleggende tanken hviler på en ide om at det lokale hjemmesykepleieapparatet skal bygges ut for å ivareta omsorgs- og behandlingsoppgavene innenfor hjemmets rammer.

Trenden i reformene berører et kompetansespørsmål. Hvilke kvalifikasjoner skal det utdannes til i sykepleien? Målgruppene innenfor avansert medisin på den ene siden og pleie- og omsorgssektoren på den andre, representerer på hver sin måte komplekse og avanserte utfordringer som krever dybdeinnsikter og grundige kunnskaper. Her går det noen grenser mellom det å utdanne til generalister og spesialister i en bachelorutdanning for sykepleiere.

Videre berører utviklingen i helsetjenesten utdanningens muligheter til tilgang på kliniske studieplasser. Overgangen til for eksempel å drive medisinsk behandling poliklinisk, gjør tilgangen til praksisplasser vanskelig, og mulighetene til å studere pleie i en kontinuitet i pasienters livssituasjon, færre. Disse helsepolitiske trendene krever at utdanningen makter å tenke nytt og kreativt om de praktiske læringsstedene og om kvalitetene ved disse.

I hele perioden fra 1970 åra og utover fikk pasientens behov og rettigheter i helsevesenet stigende oppmerksomhet (Syse 2001). Særskilte rettigheter for pasienter og pårørende ble i 1999 samlet i loven om pasientrettigheter (Sosial- og helsedepartementet 2001b). Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter, kvalitet i helsetjenesten og tillit til helsepersonell og helsetjeneste. I særlig grad er retten til samtykke og selvbestemmelse når det gjelder behandling ivarettatt. Videre er behandling av pasientinformasjon og regler for klager gitt oppmerksomhet. Sammen med flere lover på dette tidspunktet, bl.a. Lov om helsepersonell (Sosial- og helsedepartementet 2001a) og Lov om spesialisthelsetjeneste (Sosial- og helsedepartementet 2001c), har pasientrettighetsloven fått betydning for hvordan helsepersonell må innrette sin yrkesutøvelse, langt bedre ”i takt” med pasientens egne ønsker og selvforståelse. Dette understreker en erkjennelse av at det å yte helsehjelp, ikke nødvendigvis bare er en hjelp til pasienten, men samtidig er en innblanding i pasientens liv (Befring, Ohnstad 2001). Følsomhet og oppmerksomhet overfor pasientopplevelser og deres selvforståelse er viktige ferdigheter utdanningen skal påse at sykepleiestudenter også tilegner seg.

Helt kort skal nevnes Lov om helseforetak av 2001 som endret de politiske vilkårene for sykehusdrift ved eierskifte fra fylkeskommune til stat (Sosial- og helsedepartementet 2002). Loven regulerer drift og organisering av sykehus og formålet er å oppfylle målsettinger nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. En rekke andre reformprosesser i 80- og 90 åra var bl.a. rettet mot å få en kostnadskontroll i et helsevesen der kostnadspresset var stigende, for eksempel DRG – diagnoserelatert grupper og ISF – innsatsstyrt finansiering (Sosial- og helsedepartementet 1994). Kombinasjonen av en større markedstilknytning og styring av pasientens valgfrihet, ble begrunnet i et effektivitetsargument. Derfor blir det et grunnleggende spørsmål i denne sammenhengen om hvordan oppmerksomhet på ferdigheter i det å utøve omsorg kan holdes høyt i virksomheter der avansert medisin og høyt arbeidstempo lett bidrar til at omsorgen kommer i klemme. Spørsmålet stiller utdanningen overfor krevende utfordringer.

Den siste reformen som skal omtales her er Omsorgsplanen som regjeringen la fram i 2006 (Helsedepartementet 2006). Landets velferdsmodell får en dreining i retning av ytterligere å avhjelpe spesialisthelsetjenesten ved å bygge ut lokale helse- og sosialtjenester. Målt i årsverkinnsett er den kommunale omsorgstjenesten i dag større enn i sykehussektoren, men med en lav andel personell med høgskoleutdanning (Helsedepartementet 2006). Høgskolene utfordres til å utdanne sykepleiere som kan møte behovene i den sterkt voksende omsorgssektoren i kommunene. Framtidas pasienter og brukere i kommunal omsorgstjeneste vil bli flere, flere vil være under 67 år, de vil ha andre ressurser og representere andre behov ved å kreve flere og mangfoldige tjenestetilbud. Pasient- og brukergrupper vil ha høyere utdanning, være mer ressurssterke, ha en bedre helse, og vil forvente å bestemme mer over egen tilværelse og kreve også å få dekket psykososiale behov (Helsedepartementet 2006). På den måten representerer framtidas pasienter utfordringer til sykepleierutdanningen om å kvalifisere for tilnærminger til pasienter som langt mer preges av "aktiv omsorg".

Samlet sett betyr utviklingen i helsevesenet et innskjerpet krav til sykepleiestudentene i praksislæringen, både når det gjelder kunnskaper og ferdigheter i tilnærminger til pasienter. Kunnskapene skal omfattes både av medisinskorientert sykdomskunnskap og innsikt i hvordan livsstil og sosiale omgangsformer virker inn på helsen. Utviklingen utfordrer utdanningen på å finne nye veier til praksisplasser og å hjelpe studenter til å lete seg fram i kunnskapsmengden slik at de kan forstå og anvende ulike former for kunnskap i utøvelsen av omsorg. Med klinisk virksomhet følger altså et bestemt blikk på hva som er gyldig forståelse av sykdom og helse og hvilken kompetanse helseprofesjonene må forvalte i arbeid med pasienter i helsetjenestene (Christiansen m.fl. 2004). Sykepleierutdanningen må bevege seg på tvers av disse to virksomhetene; utdanning og helsetjeneste. Begge virksomheter er bevegelige og må forstås i lys av samfunnsmessige endringer. Nykommere i faget vil trolig også utfordre utdanningen i å foreta omstillinger.

1.2.3 Ulike forvaltere av faget

Nye generasjoner som forvaltere av faget

Sykepleierutdanning tilbys årlig opp mot 3500 studenter i Norge (Statistisk Sentralbyrå 2001). Hva kjennetegner denne gruppen som skal "arve" faget og forvalte utøvelsen av det? Hvorfor

velger de å ta utdanning innenfor et omsorgsykke? Hva er det som motiverer og driver dem til sykepleiestudiet? Forsking tematiserer motivasjonsspørsmålet med ulike funn. Det gir en grunn til å forstå at motivene som nye generasjoner går til yrket med, er sammensatt og flertydige. Det er sannsynligvis ikke ett motiv alene som ligger til grunn for yrkesvalget.

Jensen m.fl. (2002) har gjort en intervjuundersøkelse av sykepleiestudenters motivasjon for å velge sykepleiestudiet. Deres studie synes å vise at motiver og beveggrunner for valget av sykepleieryrket er i endring når en sammenligner denne med søkning til yrket fra tidligere tider. Fra historisk å være plikt- og andreorientert, viser de til at motivene for yrkesvalget har beveget seg i retning av mer selvrelaterte verdier og livsmål. Dette betyr ikke at valget av utdanning er et resultat av vilkårlighet og flyktige innfall, hevder forfatterne. Et gjennomgående trekk er at studentene knytter valget til en høy grad av selvkunnskap, hva de liker, interesserer seg for og opplever seg egnet til. Forskerne argumenterer for at valg som er festet i subjektive lyster og interesser kan bidra til positiv energi og til en robusthet til å tåle motstand og eventuelt mangel på erkjennelse fra andre. En av forklaringene studentene gir uttrykk for, er nærhet som motiv, et ønske om å jobbe med mennesker. Nærhetsmotivet kan være et uttrykk for å fylle et behov for mening, men også ha preg av å inngå i et mer helhetlig selvutviklende prosjekt. Historisk sett, der kristne og humanitære verdier har spilt viktige roller som inspirasjonskilder, har endringen i motivasjonsfaktorene beveget seg fra primært til å omhandle tjenesten for de nødstedte “andre”, til å fungere som en selvrealiseringens tjeneste. Når studenter søker etter kvaliteter som knyttes til selvutvikling og spenning, kan det gi opplevelser av å gjøre noe som subjektivt sett oppleves meningsfullt (Jensen m.fl. 2002).

Rognstad (2001, 2002a+b, 2004a+b) har gjort flere studier⁵ av motivasjonsfaktor hos ungdom som begynner i sykepleien. Også Rognstad viser til at sykepleiestudenter har ulike begrunnelser for studievalget. I en undersøkelse fra 2001, refererer hun til at studentene ikke nødvendigvis primært ønsket å studere sykepleie. Sykepleierutdanningen ble betraktet som et springbrett eller et mellomspill til andre typer studier (Rognstad 2001). I senere undersøkelser viser hun til at verdier knyttet til å gjøre noe for andre, lever side om side med selvoriente verdier. Studenter oppgir humanistiske kvaliteter, som å ha medmenneskelig kontakt og å hjelpe andre som viktige motivasjonsfaktorer, i tillegg til mer selvoriente

⁵ Spørreskjemaundersøkelser som kombineres med intervjuer.

verdier som det å være i et meningsfullt arbeid og det å ha trygghet i arbeidet (lav risiko for arbeidsledighet). I en undersøkelse foretatt 2,5 år ut i sykepleiestudiet, gir studenter uttrykk for at både altruistiske verdier og det å få positive og takknemlighetsreaksjoner tilbake fra pasientene, var viktig for dem i arbeidet med å utøve omsorg (Rognstad 2004a+b).

Også andre studier kan gi inntrykk av verdier i endring. På bakgrunn av en relativt stor mengde data om norske studenter (StudData) finner Terum og Aamodt at sykepleiestudenter i økende grad er styrt av instrumentelle verdier, som for eksempel lønn og status (Terum, Aamodt 2003). Abrahamsen har gjort en sammenligning av sykepleiere og hjelpepleiere i arbeidsatferd. Grunner som sykepleiere angir for å søke til yrket er muligheten for deltidsarbeid og at sykepleieryrket gir relativt gode både faglige og administrative karrieremuligheter (dog ikke sammenlignet med for eksempel ingeniører eller økonomer). Muligheten til hel eller delvis tilbaketrekning fra arbeidsmarkedet med familieforpliktelser i perioder, kan være andre forhold som påvirker valg til sykepleieryrket. Yrket gir store muligheter til yrkestilpasning i småbarnsalder. Sykepleiestudiet har tradisjonelt vært, og er fremdeles et studium der de fleste som søker er kvinner. Sykepleiestudentene er i snitt blitt syv år eldre de siste 25 årene. I dag er en av tre førsteårs sykepleierstudenter 30 år eller mer, nesten halvparten har etablert familie, og en av fem har barn (Abrahamsen 1997, 2005).

Oppsummert ser vi at motivasjonen til sykepleieryrket har psykologiske grunner, som nærhetsverdier og jobbtilfredshet. Men også forhold som familieliv og arbeidsbetingelser kan være viktige motivasjonsfaktorer for å ta til med et studie i sykepleie. Det er denne gruppen studenter sykepleierne møter i de ulike virksomheter i helsetjenesten, når de skal veilede studenter i kliniske studier.

Veiledere i kliniske studier

Hvordan er situasjonen for sykepleiere som skal veilede studenter i kliniske studier? Et blikk inn i sykepleiernes situasjon viser at arbeidet er pressende på flere måter.

Helsereformene har hatt betydelige innvirkninger på *arbeidsvilkårene* for sykepleierne. Effektiviseringstiltakene har bl.a. bidratt til stress og tidspress i sykepleiernes arbeidsdag (Sørensen 2001). Det er kanskje en av grunnene til at en stor andel av sykepleiere jobber deltid. Over 40% av sykepleiere har redusert stillingsbrøk (Askildsen, Holmås 2001). Omstillinger utfordrer også den enkelte sykepleier til selv å være i stadig endring. Sørensen

peker i en utredning på hvordan omstillinger gjerne initieres i beste hensikt, og derfor kan gjøre det vanskelig eventuelt å skulle opponere mot disse (Sørensen 2000). Dette kan stille sykepleierne i en dobbel sårbar arbeidssituasjon. En spørreundersøkelse foretatt blant bl.a. sykepleiere viste at mange opplever stadig å måtte gå på akkord med sine verdier (Grimsmo, Sørensen 2004). Dessuten viste den at sykepleiere ofte har liten makt og innflytelse over eget arbeid. Moderne datateknologi bidrar til ytterligere nye former for kontroll over sykepleiernes arbeid.

Sykepleiere har videre en jobb der utøvelsen er *kunnskapsbasert*. Det produseres en stadig økende mengde forskningsbasert kunnskap i sykepleie. Det skjerper kravet om å tuft utøvelse av sykepleie på ny og aktuell kunnskap. Dette utfordrer sykepleierollen. En internasjonal studie viser at det er gap mellom tilgjengelig forskningsbasert kunnskap i sykepleie og bruken av den i klinisk praksis (Perälä 2000). Det er grunn til å tro at det kan være lignende forholdene i vårt land. Norske forskere gjør seg erfaringer med å sette bruk av forskningskunnskap i klinisk praksis inn i system (Bjoero et al 2004). I et nordisk perspektiv ser vi for eksempel at Segesten (2004) konkluderer fra en oversiktsartikkel at det må investeres betydelig ressurser i form av kompetanse, tilgang til litteratur, støtte og stimulering til endringsarbeid, for bedre å integrere forskningskunnskap i klinisk praksis. Hun finner at sykepleierutdanningen har lagt mer vekt på ferdigheter i å forske, enn i å introdusere ferdigheter til systematisk å stille spørsmål, og å lete etter svarene i aktuell forskning. En dansk intervjuundersøkelse viser at sykepleiere opplevde mengden av forskningskunnskap overveldende og at de selv kom til kort i det å bedømme forskningsartikler (Adamsen et al 2003).

Det kan også virke som om sykepleiere kan ha en *tradisjonell tilnærming til læring* og kunnskapsforvaltning. I en studie fra somatiske sykehus (observasjon og intervjuundersøkelse), finner Sørensen at faglig oppdatering blant sykepleierne ofte drives i en form av egenorganisert undervisning, for eksempel undervisning i emner med direkte relevans for behandling og pleie av ulike grupper pasienter. Derimot er det mindre av systematisk anvendelse av egne erfaringsdata, noe som preger det å være i en lærende organisasjon og en kunnskapsbedrift i utvikling (Sørensen 2001). Fra å ha pekt på sykepleiernes arbeidspress, på kunnskapsbasert praksis og på læringstilnærming, vil jeg kort beskrive ulike tilnærminger til veiledning av sykepleiestudenter.

Veiledning av sykepleieelever i praksis har tradisjonelt vært gjort i en mester/lærling tradisjon (Heggen 2004). Den enkelte nykommer ble innviet i pleiearbeid gjennom pleiekulturen. Senere har ulike ordninger med personlig veileder blitt tatt i bruk. Betegnelsen for disse rollene har vært litt forskjellig, for eksempel ”praksisveileder”, ”kontaktsykepleier” eller ”studentansvarlig sykepleier”. Som regel får hver enkelt student tildelt en sykepleier som har det daglige ansvaret for veiledning og evaluering av studenten, eller en sykepleier kan ha veiledningsansvar for en gruppe studenter.

Måten veiledningen utføres på, synes å variere, alt etter den enkelte kontaktsykepleiers motivasjon til å ”ha student”, interesser og faglig veiledningskompetanse. Christiansens (1996) intervjuundersøkelse med sykepleiere, viser til at mye veiledning foregår ved spontane og tilfeldige møter mellom sykepleier og student i løpet av dagen. Sykepleierne synes å være seg bevisst betydningen som rollemodell for studentene og sier at de må ”skjerpe seg” når det er studenter i avdelingen. Videre mener de at en viktig veiledningsfunksjon er å ”være i bakgrunnen” og kunne trå til, når studentene føler de kommer til kort. Sykepleierne bidrar også til at læringsverktøy fra høyskolen får en form for praksisnærhet ved å hjelpe studentene til å knytte mål og ukeplaner for læring, konkret til daglig virksomhet.

Kristoffersen (1998) gjorde et større utviklingsarbeid på nittitallet og konkluderer med at kompetanse i veiledningen er en avgjørende faktor for om sykepleierne gjennomfører veiledningen som et planmessig arbeid. Sykepleierne selv opplevde at de var for dårlig forberedt til å veilede, de fant det uklart hva som var forventet av dem og hadde uklare oppfatninger om hva høyskolen mente studentene skulle lære i løpet av praksisperioden (Kristoffersen 1998). En dansk feltmetodisk undersøkelse finner at en bevisst bruk av dialog og refleksjon som verktøy for læring ikke synes å være vanlig i sykepleiernes veiledning av studenter (Skovsgaard 2004). I en observasjonsstudie av veiledningssamtalen mellom kontaktsykepleier og student, beskriver Prestbakmo (2006) at samtalen lett får preg av å være rådgivende og av å formidle beskjeder. Så tidlig som i 1989 argumenterte Olsen og Finstad (1989) for å forsøke å avgrense læresituasjonene i praksis for studentene, slik at de i større grad kunne fordype seg refleksivt i sine erfaringer.

Relasjonene mellom sykepleier og student og kvaliteten av disse viser seg videre å ha avgjørende betydning for veiledning (Christiansen 1996, Kristoffersen 1998, Hauge 1999, Prestbakmo 2006). Kristoffersen (1998) konkluderer sitt prosjekt som helhet med at

praksisperiodens utbytte for studentene sto og falt med hvordan forholdet mellom kontaktsykepleier og student utviklet seg og fungerte. Hauge konstaterer at det er betydningsfullt for studentene når kontaktsykepleiere fungerer som døråpnere inn til pleiefellesskapet, at studentene opplever å "bli sett", og at kontaktsykepleiere er åpne og ærlige i relasjonen. Sykepleierne fungerer som forbilder på godt og vondt, både i det å vise eksemplarisk atferd i møte med pasientene, men også ved å lære bort uvaner (Hauge 1999).

Det er videre gjennomgående at *tid til veiledning* oppleves for knapp, både av kontaktsykepleier og av studenter (Christiansen 1996, Kristoffersen 1998, Prestbakmo 2006). Konflikten mellom pasientoppgaver og studentveiledning virker negativt inn på motivasjonen til å veilede studenter (Kristoffersen 1998). Sykepleiere på ulike typer praksisfelt opplevde dette imidlertid forskjellig. Særlig i somatiske sykehus og i åpen omsorg i kommunehelsetjenesten opplevde sykepleierne at mangelen på tid, og konflikten som dette innebar, var et stort problem. På den andre siden var tilstrekkelig tid ikke noen garanti for at veiledning av studenter ble systematisk og planlagt gjennomført (Kristoffersen 1998). Hvordan veiledningssamtalene er tilrettelagt kan variere mellom ulike avdelinger, men er ofte ikke planmessig organisert, slik at det for eksempel er satt av tid til det. Travelheten er stor, særlig der avdelingen har mange nyansatte på post. Dette gjør at studentene ofte kan bli gående alene (Prestbakmo 2006).

Glimtene inn i sykepleiernes hverdag viser at den er preget av tids- og endringspress. De skal utøve sin funksjon overfor pasienter samtidig som de skal veilede studenter i det å utøve omsorg. Sykepleiere møtes med et stadig økende krav om å integrere forskningskunnskap i egen kliniske praksis, en kunnskap som ofte kan være vanskelig tilgjengelig og som mange føler de ikke har tilstrekkelig ferdigheter til å bedømme kvaliteten av. Videre kan høyskolens forventninger framstå som uklare i situasjoner der sykepleierne selv kanskje opplever å være for dårlig forberedt til å veilede. Midt i tidspresset framstår også betydningen av mellommenneskelig relasjoner til studentene å være viktig for veiledningens utbytte, noe som faktisk tar tid å utvikle. Fra å ha beskrevet aspekter ved sykepleierens rolle som veileder i praksis, går jeg over til å beskrive lærerrollen.

Lærerrolle i krysspress

Endringer som finner sted i helsetjenesten, i utdanningen og i rekrutteringsgrunnlaget, må med nødvendighet også ha innvirkninger på lærerrollen og hvordan den utøves. Lærerrollen

var tidligere det å være den fremste blant likemenn med kompetanse i sykepleie så vel som pedagogikk. Lærerarbeid de siste tiårene har stått under et betydelig omformingspress. Med de tette omleggingene i sykepleierutdanningen fra 1970-årene til i dag, har mye arbeid vært kanalisert til planlegging av utdanning, ofte på bekostning av ressurstilganger til iverksetting og oppfølging av fagplanene (Heggen 2004). På 1980-tallet var lærernes arbeid preget av utfordringer knyttet til nyskapende arbeid med skoleprogram og lektorkvalifisering. Universitets og Høgskoleloven av 1995 påla lærerne selv å drive forskning og å undervise forskningsbasert. I dag utfordrer lærerrollen det akademiske rollesett hvor forskning, undervisning, veiledning, ledelse av eget fag og formidling er sentrale komponenter (Heggen 2004).

Sett fra praksisfeltets side oppfattes lærerrollen ofte som uklar. Norsk og internasjonal kunnskap viser at lærerrollen er under krysspress. På den ene siden settes den under et betydelig forventningspress. Både studenter og sykepleiere i praksis har forventninger til læreres deltagelse i praksis (Granum m.fl. 1991, Forrest, Brown, Pollock 1996). Johnsen og Aasgaard (1999) viser at norske sykepleiestudenter mener sykepleielærerens sykepleierrelaterte kompetanse er viktigst. Det minst viktige er lærerens relasjoner til studentene. Ideallæreren er den som integrerer teori og praksis, er tydelig i sin undervisning, rettferdig i sin bedømming, og som inspirerer studentene og erkjenner egne feil (Johnsen og Aasgaard 1999).

På den andre siden er troverdigheten til den kliniske lærerrollen redusert. I England er det gjort mye forskningsarbeid på sykepleielærerens kliniske rolle. At sykepleielærere får en redusert klinisk kompetanse, er uunngåelig når tiden til arbeid med pasienter er ytterst liten (Clifford 1996). Dermed reduseres troverdigheten til lærerrollen, fordi den vanligvis er knyttet opp mot det å være klinisk dyktig (Landers 2000). Ramage (2004) beskriver i sin studie læreres opplevelser av å måtte forhandle mellom multiple roller og relasjoner til andre, fordi det ikke finnes noen konsistent definisjon av rollen i praksis. Feltet har mange fortolkninger og forståelser av hensikter med det å ha lærer i det kliniske feltet (Ramage 2004). En norsk feltstudie viser at sykepleierutdanningen og praksis har hatt en tendens til gjensidig å devaluere hverandre (Heggen 1993).

Det er grunn til å tro at lærerrollen har betydning for studentenes læring i klinisk praksis, for hvilken hjelp de får til å studere og til å utvikle ferdigheter i omsorg. La meg nå oppsummere noen foreløpige hovedpoeng.

1.2.4 Oppsummerende hovedpoeng

Sykepleierutdanningen har de siste tre tiårene vært igjennom store endringer med betydelige konsekvenser, for studenter så vel som for sykepleiere og lærere. Endringene som preger utdanningssituasjonen i dag, kan på mange måter inspirere til forskning og diskusjon om sykepleierutdanning. Det er omsorgens ”skjebne” som i første rekke opptar meg, og spørsmål om hvordan det å utøve omsorgsfull sykepleie gis rom i en utdanning som synes å være under press av omstillinger både innenfor høgskolesystemet og i helsesektoren.

Helsepolitiske reformer kan resultere i at studentene vil oppleve stor gjennomstrømning av pasienter på de kliniske lærestedene. Det kan bety at nærhetsdimensjonen til pasientene blir knapp. Muligheter til å studere pasienters omsorgsbehov i en kontinuitet og å trene omsorgsferdigheter i stigende kjennskap til pasienten kan bli færre. Endringer i utdanningen har bidratt til at praksisperiodene relativt sett er redusert. Samtidig gir en friere studentrolle tid til å studere og å utvikle forståelse og mestring av ferdigheter. Utviklingen har videre bidratt til å sette krav til studentene om å forvalte kunnskaper, både ved det sykepleietradisjonen overleverer, men også å begrunne handlinger ved nyere forskningskunnskap. Utdanningsreformer har bidratt til at studentene studerer i en utdanning der lærerkorpset i en årrekke har måttet bruke mye krefter på egen kompetanseutvikling. Samtidig viser forskning at troverdigheten til lærernes kliniske rolle trekkes i tvil. Skole og praksis kan til tider ha en tendens til gjensidig å devaluere hverandre. Forskning kan videre tyde på at sykepleiestudentene selv går inn i yrket med en ambivalens, der nærhetsdimensjoner oppleves viktige for dem og arbeid for medmennesker er retningsgivende for yrkesvalget. På samme tid beskrives de som selvorienterte, og opptatt av selvrealisering og jobbtilfredshet.

Bildet er sammensatt og vilkårene for å øve opp omsorgsferdigheter er i endring. Det er i dette sammensatte ”kraftfeltet” at læring av omsorgsferdigheter i sykepleie foregår. Det er grunn til å tro at endringer og omveltninger på de ulike feltene har innvirkninger på

sykepleierutdanningen og på vilkårene for å lære ferdigheter i å utøve omsorg. Her ligger bakgrunnen for denne studien.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

På bakgrunn av det som til nå er skissert, er det betydningsfullt å stille spørsmålet om hvordan læring av omsorgsferdigheter foregår i dagens sykepleierutdanning. Læring av omsorgsferdigheter i sykepleierutdanning er nært knyttet til utøvende pleiarbeid. På samme tid skal det studentene ”tar inn” også ”gis ut”. Studentene inngår her i sammenhenger hvor pleie og behandling er primæraktiviteter som de er knyttet til med doble hensikter: De skal på den ene siden ta del i pleiarbeidet for på den andre, å lære seg omsorgsutøvelse. Utgangspunktet for å gå inn i det empiriske feltet for å granske studentenes læringsprosesser, er å studere hvordan deres erfaringer med å utøve omsorg blir til og gis mening. Det overordnede spørsmålet er:

Hva kjennetegner studenters læring av omsorgsferdigheter i sykepleierutdanningen?

Med dette åpne og relativt vide spørsmålet gikk jeg inn i forskningsfeltet. Gjennom det empiriske forløpet, tok ytterligere spørsmål form, som utdyper, presiserer og gir retning for avhandlingen:

- Hva kjennetegner studentenes omsorgsferdigheter i ulike pleiesituasjoner?
- Hvordan tar læring form når studentene utøver omsorg?
- Hvilken betydning får pleiefellesskapet for studentenes læring av omsorgsferdigheter?
- Hvordan er det studentene selv velger ut og forholder seg til læringsaktiviteter i sine kliniske studier?
- Hvordan innvirker studentenes egne valg av læringsaktiviteter på utviklingen av omsorgsferdigheter?

Før jeg skisserer oppbygningen og strukturen i avhandlingen, vil jeg kort beskrive noen grenser for studien.

Fokus for studien er sykepleiestudenters læring av omsorgsferdigheter i praksis som en forberedelse til yrkesutøvelse. Praksis som foregår på institusjoner utenfor høgsolen benevnes i fagplanen som “kliniske studier”. I kliniske studier foregår læringsaktiviteter der praktiske og yrkesrettede ferdigheter trenes og læres i møte med pasienter og pårørende. I kliniske studier inngår studentene som deltagere i et pleieteam. “Kontaktsykepleier⁶” er tildelt veilederansvar for studentene. Studentenes studieerfaringer settes i forgrunnen og det gjør at sykepleiere og læreres betydning for studentenes læring kommer mer i bakgrunnen. Undervisning i teoretiske områder er perifert i studien. Det betyr ikke at teorikunnskaper anses som uvesentlige for praksislæring. Jeg har valgt å ha ståsted i det praktiske felt, noe som innebærer at teoretisk kunnskap kommer til syne slik den blir forvaltet av studentene i ulike situasjoner. Konkret er avhandlingen bygget opp som følger:

1.4 Oppbygningen av avhandlingen

For å få et overblikk over feltet der læring til praktisk sykepleie foregår, har jeg i første kapittel beskrevet de endringer som har funnet sted, både i utdanning og i helsetjenesten, og de spenninger og krysspress som aktørene i feltet ofte befinner seg i. I kapittel to nærmer jeg meg den høgsolen hvor denne empiriske studien er gjennomført. Undervisningsplanen for studiet i sykepleie ved den utvalgte høgsolen presenteres. Dessuten presenteres de utvalgte studentene og hvilke prosedyrer som er fulgt i valg av respondenter.

Kapittel 3 dreier seg om prinsipiell tenkning om omsorg og læring. Avhandlingen står i ”gjeld” til Kari Martinsens forståelse av omsorg og lener seg dessuten på det som benevnes et sosiokulturelt perspektiv på læring. I dette kapitlet gis det også en nærmere avgrensning av begrepet omsorgsferdigheter. I det neste kapitlet (4) settes denne avhandlingens gjenstandsområde i sammenheng med eksisterende kunnskapsfronter innenfor omsorg og læring.

Deretter følger to kapitler (5 og 6) som beskriver refleksjoner og fremgangsmåter i det empiriske forskningsarbeidet om sykepleierstudenters læring. De resterende delene av avhandlingen dreier seg om presentasjon, analyse og drøfting av data.

⁶ ”Kontaktsykepleier” er den benevnelsen som på undersøkelsestidspunktet ble benyttet om den sykepleieren som hver student fikk tildelt som praksisveileder i kliniske studier.

Kapittel 7 gir nærbilder av ulike læringssituasjoner. Det er bredde og variasjon av læringssituasjoner som står i fokus (og ikke hvordan hver og en av studentene utvikler sine ferdigheter gjennom studiet). Vi får inntrykk av hvordan omsorg kommer til uttrykk i sykehjemspraksis i slutten av det første studieåret, glimt fra øvingsavdelingen der studentene er i begynnelsen av det andre studieåret, og beskrivelser av studenters erfaringer fra sykehuspraksis (i siste del av andre studieår).

I de to neste kapitlene (8 og 9) analyseres læringssituasjoner fra hovedsakelig to hovedperspektiver. Først (kapittel 8) holdes den analytiske oppmerksomheten omkring studentene i pleiefellesskapet. Retningsgivende spørsmål for analysen har vært: Hvilken betydning får pleiefellesskapet for studentenes læring av omsorgsferdigheter? I kapittel 9 stiller jeg det analytiske søkelys litt annerledes. Her undersøkes empirien med utgangspunkt i hvordan og hvilke læringssituasjoner/omsorgsoppgaver studentene oppsøker og hvordan de bearbeider egne erfaringer.

I det siste kapitlet (10) samles trådene og jeg gjør en omdreining til drøftingen av hva som særpreger studenters læring av omsorgsferdigheter. Hovedfunnet i studien drøftes i lys av teorigrunnlaget som i utgangspunktet ble lagt for studien og i lys av kunnskaper fra forskningsfronten. Avslutningsvis gis noen betraktninger i didaktiske etterord, før jeg antyder noen retninger for videre forskning.

I neste kapittel presenteres utdanningen og sykepleiestudentene.

KAPITTEL 2

HØGSKOLEN, UNDERVISNINGSPROGRAMMET OG

SYKEPLEIESTUDENTENE

2.1 Innledning

I det forrige kapittelet ble det gitt et bredt og generelt bilde av dagens sykepleierutdanning. Det var særlig reformprosesser i utdannings- og helsesektoren som ble løftet frem i den hensikt å synliggjøre spenning og dynamikk i feltet der studenter skal ha sin læring. I dette kapittelet skal jeg beskrive undervisningsprogrammet ved høgsolen der respondentene i denne avhandlingen studerer. Deretter redegjøres for utvalgsprosessen og utvalget.

2.2 Høgsolen og undervisningsprogrammet

Sykepleierutdanningen der denne studien foregår, er en middels stor høgsolen. Avdeling for helsefag har opptak av ca 70 studenter til grunnutdanningen i sykepleie to ganger i året. I presentasjonen av utdanningsprogrammet henter jeg informasjon fra 1) Fagplanen for grunnutdanningen, fra 2) Kursplaner som det treårige studiet bestod av og fra 3) Studiehåndboken.

2.2.1 Avdelingens nedfelte idégrunnlag

I Studiehåndboken skriver avdeling for helsefag betraktninger om grunnleggende tenkning, om synet på *mennesket*, synet på *læring* og *kunnskap* og synet på *sykepleie*.

”Menneskesynet er helhetlig. Det innebærer en oppfatning av mennesket som vektlegger et samspill av fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige dimensjoner. Mennesket står i et kontinuerlig samspill med omgivelsene. Ethvert menneske er unikt og har verdi i seg selv.” (Studiehåndboken 1999-2000, s.33).

Avdelingens uttrykk for forståelsen av mennesket kan bety at utdanningen bestreber seg på å

utdanne sykepleiere som forstår og forholder seg til mennesket som komplekst og at det innebærer å ivareta mennesket i en kompleks situasjon av helsesvikt. Det vil for eksempel kunne innebære at eksistensielle lidelser blir tatt like alvorlig som et helseproblem, som for eksempel medisinskorienterte diagnoser.

Om synet på kunnskap og læring står det i studiehåndboken: "I avdelingens kunnskapssyn legges det vekt på at det finnes ulike typer kunnskaper, der praktisk og teoretisk kunnskap er ulike, men likeverdige. Teori blir levendegjort og meningsfull i handlinger. Praktiske erfaringer kan drøftes og belyses med teoretisk kunnskap. Praxis kan gi grunnlag for å utvikle teoretisk kunnskap. Den erfaringsbaserte og personlige kunnskapen vil alltid være viktig i helsefagutdanninger. Kunnskap i helsefag er knyttet til verdi og moral. Praktiske ferdigheter, kunnskaper, holdninger og etiske overveielser må derfor stå i et gjensidig samspill." (Studiehåndboken 1999-2000, s.34) Her kan en forstå en avdeling som vektlegger kunnskap som mangfoldig, og som viser at ulike former for kunnskap må komme i spill, når yrkespraksis skal læres.

I avdelingens syn på sykepleie, omtales også omsorg som en del av utøvelsen:

"Sykepleie som fag er fundert på en klinisk tradisjon. Kjernen av faget er vokst frem i samhandling mellom mennesker basert på bestemte verdivalg slik de kommer til uttrykk i avdelingens syn på mennesket. Disse verdivalg konkretiseres gjennom pleie og omsorg. Omsorg stiller krav om nærvær og evne til empati med mennesker for å finne ut av hva som er best for den andre. Sykepleierens særegne funksjon er å vurdere pasienters opplevelser og reaksjoner på sykdom og helse samt å hjelpe dem med gjøremål som bidrar til god helse/og eller helbredelse – noe personen selv ville ha gjort hvis han hadde hatt de nødvendige krefter, kunnskap og vilje" (Studiehåndboken 1999-2000,s.35).

Idégrunnet som reflekteres her, kan gi grunn til å forstå at utdanningspersonalet er opptatt av et integrert kunnskapssyn og en vektlegging av at det å lære å utøve omsorg skjer ved en integrering av praktiske og teoretiske kunnskaper.

2.2.2 Undervisningsprogrammet

Oppbygning og sekvens

Fagplanen som gjaldt for studentkullet høst 1999 - vår 2002, bygger på Rammeplanen av 1987, med revisjon i 1992 (Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet 1987) samt på avdelingens idégrunnlag. Overordnet mål for avdelingen er å utdanne til "kompetente, selvstendige, ansvarsbevisste og reflekterte sykepleiere" (Fagplan 1999-2000). I fagplanen er hele programmet for grunnutdanningen beskrevet, med mål, innhold, struktur og arbeids- og

vurderingsformer. Utdanningsprogrammet er organisert i kurs- og kullstruktur. Faginnholdet er organisert i totalt 13 kurs. (Se Tabell 1) Hvert kurs representerer et avgrenset kunnskapsområde, som først ved integrering av kursene vil resultere i at sykepleie framtrer som fag og yrke. I kursene integreres teoretiske fagemner med praktisk læring og trening. Noen kurs domineres mer av praksis enn andre. Kurs 2,3,4 og 5 omfatter praktisk trening og kliniske studier (Fagplan 1999-2000).

Tabell 1. Grunnutdanning i sykepleie; oppbygning og sekvens

Kurs 6/7	Sykepleierens fagutviklende funksjon og avsl eksamen i spl	5 VT
Kurs 5	Kliniske studier i kommunehelsetjeneste og psykisk helsevern	10VT
Kurs12/13	Samfunnsvitenskapelig grunnlag (velferd,helse,helsetjeneste)	5 VT

3.ÅR

Kurs 4	Kliniske studier i somatiske sykehus	10VT
Kurs 9	Naturvitenskapelig grunnlag (sykdomslære med mer..)	5 VT
Kurs 3	Sykepleiens sentrale ferdighetsområder	5 VT

2. ÅR

Kurs10/11	Safmunnsvitenskapelig grunnlag (psykologi, pedagogikk ...)	5 VT
Kurs 8	Natuvitenskapelig grunnlag (anatomi,fysiologi, biokjemi ..)	5 VT
Kurs 2	Grunnleggende sykepleiemetoder, inkl. kliniske studier	5 VT
Kurs 1	Sykepleiens grunnleggende tenkning	5 VT

1. ÅR

Første år innledes med mye teoretisk kunnskap. ”Sykepleiens grunnleggende tenkning”, Kurs 1, omfattes av temaer innenfor sykepleiens historie, vitenskapsfilosofi, etikk, sykepleieteorier og modeller. Andre temaer i begynnelsen av studiet er menneskets grunnleggende behov, anatomi, fysiologi, psykologi og pedagogikk (Kurs-1-heftet). Studentene trener så praktiske ferdigheter i øvingsavdelingen, før de kommer ut i sin første periode med kliniske studier i sykehjem. Praksisperioden i sykehjem kommer på slutten av første studieår. Den omfattes av 8 uker veiledet praksis. Her skal studentene trene og utvikle ferdigheter i grunnleggende stell og pleie. Det innebærer for eksempel å hjelpe pasienten i morgenstellet, hjelp til å komme på toalettet, hjelp til å spise og ellers til dagliglivets aktiviteter (Kurs-2-heftet).

Det andre studieåret innledes med at studentene vekselvis trener mer avanserte prosedyrer på øvingsavdelingen og studerer bla. patologi og patofysiologi. Treningen i øvingsavdelingen

omhandler for eksempel det å lære å sette sprøyter, skifte på sår, legge inn perifert venekateter osv. Hensikten med opplæringen i øvingsavdelingen er å forberede studentene til å komme ut i kliniske studier i sykehus. I dette halvåret er undervisningen dels gruppe- og problembasert, dels forelesningsbasert. De ulike prosedyrene er innlagt som oppgaver knyttet til pasientcase. Tanken er at studentene skal kunne forstå hvilken sammenheng disse prosedyrene inngår i. Det er innlagt praktisk test to ganger i semesteret, som begge må bestås for at studentene skal kunne gå videre i studiet (Kurs-3-heftet).

I andre studieår, fjerde semester, er studentene i kliniske studier på to ulike avdelinger i sykehus, hver på 9 uker. Halve klassen har først 9 uker på en medisinsk avdeling, deretter følger 9 uker på en kirurgisk avdeling, og omvendt. Kliniske studier i sykehus har til hensikt at studentene skal få utviklet sin omsorgsevne slik at de kan utføre sykepleie til enkeltpasienter og til pasientgrupper på et faglig akseptabelt nivå. Studentene skal få øvelse i å anvende kunnskapsstoff (teori), ”hente” kliniske kunnskaper, oppøve ferdigheter, oppleve yrkets karakter og utfordringer og oppøves i ansvarlighet (Kurs-4-heftet).

Mellom kliniske studier i sykehus og studier i hjemmebasert tjeneste og psykisk helsevern, har studentene undervisning i samfunnsfaglige temaer, som sosiologi, sosialantropologi, lovgivning osv. Dette danner opptakten til tredje studieår. Kliniske studier i tredje studieår er av 20 ukers omfang; 3 uker i forebyggende og helsefremmende arbeid i kommunene (helsesøster), 10 uker i hjemmebasert omsorg (hjemmesykepleien) og 7 uker i psykisk helsevern (Kurs-5-heftet).

Studieprogresjon

Undervisningsprogrammet har innebygd muligheter til faglig og personlig progresjon for studentene. I første år utfordres studentene til møte med det aldrende mennesket som har helsesvikt. Hensikten er å lære ferdigheter i grunnleggende stell og pleie. Det andre året er en forberedelse til og møte med akutt og kritisk syke mennesker i sykehus. Her skal studentene ha muligheter til å gjøre ”progresjon i selvstendighet og medansvar gjennom praksisperioden. Studenten skal utvikle seg fra medansvar for en pasient til medansvar for gruppeledelse av andre sykepleiere” (Kurs-4-heftet, s.6). I møte med pasienter i hjemmebasert omsorg og pasienter med psykisk lidelse, legges det vekt på at studenten utvikler ferdigheter i administrasjon og ledelse, i tillegg til at de skal oppøve og utvikle evne til ”praktiske ferdigheter, samhandling i relasjoner, problemløsningsprosesser, beslutningsprosesser, kritisk tenkning, kritisk blikk” (Kurs-5-heftet,s.3).

2.2.3 Praksislæring

Praksislæring foregår dels i høgskolens øvingsavdeling, dels i kommune- og spesialisthelsetjenesten. (Se Tabell 2).

Tabell 2. Skjematisk oversikt over plassering av praksis/ kliniske studier i grunnutdanning i sykepleie

Sykehjem = 8 uker	Kirurgisk avdeling = 10 uker	Hjemmesykepleie = 10 uker
Øvingsavdeling = ikke	Medisinsk avdeling = 10 uker	Psykisk helsevern = 7 uker
Spesifisert	Øvingsavdeling = 10 uker	Helsesøster = 3 uker

1. STUDIEÅR

2. STUDIEÅR

3. STUDIEÅR

Øvingsavdelingen

Avdelingen stiller til rådighet en rikt utstyrt øvingsavdeling for trening og læring av praktiske ferdigheter. Den pedagogiske ide med å legge til rette for trening av praktiske prosedyrer er at studentene skal ha et visst nivå av ferdigheter, før de begynner utøvelsen overfor pasienter. Læring i øvingsavdelingen skal gi en viss erfaring og kjennskap til oppgaveutførelsen og et visst nivå at manuelle ferdigheter. Dette får studentene øve på i et kontrollert miljø, uten de mange situasjonsbetingede forstyrrelser som er naturlig i det kliniske feltet.

Kliniske studier

”Kliniske studier” er betegnelsen som avdelingen benytter om læringsformer på arenaer der studentene er deltagende i pasientnær utøvelse av sykepleie. Kliniske studier omfatter praksis i somatiske og psykiatriske institusjoner og i kommunehelsetjenesten. Her skal studentene delta i den ordinære sykepleievirksomheten sammen med pleiepersonalet, men med læring som hovedmål for sine aktiviteter. Ethvert klinisk kurs betraktes som en eksamen og evalueres ut fra bestemte kriterier, til bestått eller ikke bestått.

I hver praksisperiode får studentene tildelt en kontaktsykepleier fra pleiefellesskapet som faglig veileder. Studentene skal følge kontaktsykepleiers turnus og gå hele vakter med gjennomsnittlig 35 timers uke. Midt i perioden får studentene en skriftlig midtevaluering, der kontaktsykepleier og lærer oppsummerer perioden så langt. Praksisperioden avsluttes med en sluttevaluering.

Studentene veiledes i kliniske studier både av kontaktsykepleier og av veiledere fra høyskolen. Kontaktsykepleiers veiledning retter seg i hovedsak mot de konkrete sykepleiefaglige situasjonene som studentene står overfor. Kontaktsykepleiere skal bl.a. vise studentene til rette, veilede og gi dem fortløpende tilbakemeldinger, støtte oppunder studentenes refleksjoner ved samtaler, skrive kommentarer på praksisark (se beskrivelser nedenfor) og delta aktivt i evalueringen.

Lærers veiledning skal stimulere for sammenfletning av praktisk og teoretisk kunnskap. Denne veiledningen foregår både individuelt, men også i grupper med medstudenter. Lærerne har det overordnede pedagogiske ansvar og skal sørge for informasjon mellom studiested og høyskole, legge til rette for veilednings- og evalueringssamtaler. Både i sykehjem og i sykehus følger lærer studentene opp i praksis. I sykehjem har student og lærer en ”stelledag”, en gang i løpet av perioden. I sykehus brukes benevnelsen ”følgedag” og studentene har en følgedag pr. avdeling.

Studentens ansvar i læringssituasjoner er bl.a. ”sette seg i posisjon for veiledning og læring (...) fremsi sine læringsbehov for veilederne (...) gå aktivt inn i læresituasjonene (...) planlegge og gjennomføre aktuelle læringssituasjoner kontinuerlig (...) reflektere systematisk (...) bidra til å få studentgruppen til å fungere som veiledningsgruppe (...) evaluere egen praksis (...) evaluere praksisperioden” (Kurs-2-heftet, s.15).

Pedagogiske redskap

Studentene har ulike former for obligatoriske oppgaver i kliniske studier. Det kan være å skrive en praksisplan, et praksisark, en administrativ pleieplan osv. I praksisplanen skal studentene bl.a. beskrive sine personlige mål og tiltak for å nå disse. ”Praksisark” er benevnelsen på det studiekravet der studentene trener på å skrive refleksjoner om egne erfaringer. Pleieplan, er en skriftlig nedtegning av planer for pasientenes pleie, hvilke behov de har og hvilke tiltak som må iverksettes for den enkelte, for at målene skal nås.

Av pedagogiske redskap som benyttes i kliniske studier, vil jeg spesielt trekke fram ”praksisark”. Dette brukes gjennomgående i hver praksisperiode gjennom hele studiet. Hensikten med studiekravet er at studentene skal bevisstgjøres egne reaksjoner og pasientopplevelser. Hendelsene som beskrives skal knyttes til teoretisk kunnskap. Studentene skal få øvelse i å uttrykke egne faglige vurderinger, hente aktuell litteratur og evaluere egen praksis. Praksisark har altså karakter av refleksjonsstimulerende virkemidler for

å knytte bånd mellom teori og praksis. Kontaktsykepleier og lærer skal gi sine skriftlige kommentarer. Refleksjonene vurderes og godkjennes, eventuelt underkjennes. Dersom et praksisark underkjennes, må det omskrives. Praksisarkene inngår som grunnlag for veiledning (Kurs-4-heftet). For å gi et inntrykk av hvordan praksisarket er formatert i Kursheftet, illustreres det i en liten figur.

Figur 1 Praksisarkets utforming (Figuren er forminsket – skjemaet fyller et A 4 ark)

PRAKSISARK	Nr.
Student	Kull Dato:

TEMA (dvs utfordringen eller problemstillingen i situasjonen)
.....

SITUASJON (notere i punktform: fakta og følelser i situasjonen, analyse/tolkning med referanse til aktuell teori, handlingsmåte, handlingsvalgets konsekvenser, evaluering av handlingen og egen mestring evt. forslag til alternativ løsning)

Kontaktsykepleiers kommentarer: (for eksempel forståelse av situasjonen, handlingsvalget etc)

Navn:..... Praksissted Dato:.....

Kontaktlærers vurdering:

.....NavnDato:.....

Dette var undervisningsprogrammet som studentene i denne studien gikk inn på, da de tok fatt på sykepleierutdanningen. Nå vil jeg flytte fokuset videre til studiens respondenter. Jeg skal beskrive og diskutere kriteriene som ble brukt i utvalget av respondenter, hvordan utvelgingen foregikk, og la leseren møte den enkelte respondent.

2.3 Utvalgsprosess og utvalg

Høsten 1999 møtte 70 studenter til oppstart på sykepleiestudiet ved Høgskolen i Vestfold. Jeg var en av deres lærere i første semester. Spørsmålet om hvordan studenter kan lære å utøve omsorg hadde opptatt meg lenge som lærer. Et doktorgradsstipend ga meg anledning til å studere læringen mer systematisk. Det å være lærer ga meg en privilegert, men ikke uproblematisk posisjon⁷ for valg av deltagere til studien og i rollen som forsker. I studentens andre semester valgte jeg ut respondenter blant de 70 studentene.

Spørsmålet om antall respondenter i utvalget, kriterier for utvalg og hvordan selve utvalgsprosessen foregår har betydning for hvordan datagrunnlaget skapes. Valget av et kvalitativt design, med datamateriale bestående av tekster framfor tall, var i utgangspunktet tatt. Designvalget hang sammen med tematikk og problemstilling. Jeg var opptatt av hvordan studenter erfarer det å lære å utøve omsorg og hva de opplever i ulike situasjoner med pasienter, hva de tenker, sier og skriver om sin egen læring.

2.3.1 Utvalgskriterier

Dette utvalget kjennetegnes av å være et *strategisk utvalg*. Det innebærer å velge ut respondenter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategisk i forhold til problemstilling (Thagaard 2003). Videre kjennetegnes det av å være *tilgjengelighetsutvalg*, fordi det er basert på tilgjengeligheten som forskeren har hatt til respondentene (Thagaard 2003).

Det typiske

I prinsippet er alle studenter i sykepleierutdanning potensielle respondenter i min forskning. Poenget med å velge ut respondenter⁸ er å komme tett på personer som kan være gode eksempler eller som representerer det såkalt *typiske* ved fenomenet som skal undersøkes (Fangen 2004, Thagaard 2003). I denne sammenhengen vil det bety å rette oppmerksomhet mot studenter i deres daglige studiepraksis, hvordan deres omsorgserfaringer og læring tar form i møte med pasienter som har ulike omsorgsbehov. Læringen foregår i samspill med

⁷ Dette utdypes i kapittel 6, både under pkt om spenningen mellom roller og i pkt om skriftlig samtykke.

⁸ jeg har brukt "respondenter" i dette kapitlet som en betegnelse for de personer som utgjorde utvalget. I resten av avhandlingen ønsker jeg å omtale respondentene som "studenter".

medstudenter, veiledere i praksisfellesskapet og lærere, og med bruk av ulike læringsredskaper.

Den typiske representant for fenomenet som skal studeres er her forstått som:

- Studenter i sykepleieutdanning som er deltagere på læringsarenaer der omsorgsferdighet er et læringsområde

Konkret falt valget på ulike studenter som hadde praksisperioder ”ute” i ulike kliniske felt inkludert på øvingsavdelingen som er et konstruert klinisk felt.

Variasjon

I tillegg ønsket jeg å sikre en best mulig variasjon av respondenter for å prøve å fremskaffe et bredt datamateriale med mange nyanser. Bengtson hevder at for å finne noen sentrale kjennetegn, noen likheter i et materiale, er det også nødvendig å ha variasjoner i datamaterialet, som de sentrale kjennetegnene kan ”leses” ut fra (Bengtsson 2006). Variasjon i materialet kan skapes ved å velge ut respondenter som antatt møter ulike utfordringer i omsorgsutøvelsen. Jeg kom til at det å følge noen utvalgte respondenter over tid og på tvers av ulike arenaer trolig ville gi et rikt materiale. Å øke antallet respondenter ville også ha kunnet øke variasjonene. På den andre siden kan det være vanskelig å etablere tillitsfulle relasjoner med mange respondenter. Dette var en viktig grunn til at jeg falt ned på få respondenter over lang tid.

Beslutninger om å velge respondenter som kunne bidra til variasjon i materialet, var også preget av min bakgrunn og erfaring som lærer og tanker jeg hadde om hvilke kriterier som kunne være betydningsfulle for å tilegne seg ferdigheter i utøvelse av omsorg. Konkret orienterte jeg utvalgsprosessen ut fra følgende kriterier:

- Kjønn
- Tidligere erfaring med omsorgsarbeid
- Alder
- Variasjon av verbalitet

Når det gjelder *kjønn* er det interessante diskusjoner om forskjeller i kvinners og menns potensialer og måter å utøve omsorg (Strömberg, Eriksson 2006, Jorfeldt 2004). Jeg ønsket å sikre meg muligheten for å ha respondenter av begge kjønn for å kunne gi variasjoner og

bredde i materialet. Representasjon av kjønn var ikke tenkt i noe bestemt forhold, slik at andelen av kjønnsrepresentasjon av mannlige respondenter skulle være et forholdstall til klassen eller til menn i sykepleierutdanningen el. Sammenlignet med kvinner, var det langt færre menn å velge mellom i klassen.

Et annet kriterium var studentenes *tidligere erfaringer* fra det å utøve omsorg. I en antagelse om at det kan ha betydning for hvordan studentene forstår og fortolker omsorgsbehov, anså jeg dette kriteriet som vesentlig. Også for videreutvikling av praktiske ferdigheter i det å stelle, vaske, hjelpe til med påkledning, mating osv., vil jeg anta at tidligere pleieerfaringer vil kunne ha betydning.

I nær tilknytning til kriteriet om tidligere erfaring, er også kriteriet *alder*. Størst mulig aldersspredning var ett grunnlag for å sette sammen utvalget. Alder som utvalgsriterium ble brukt i en tanke om at alder kan ha betydning for personlig modenhet som antas å kunne ha innvirkning på hvordan omsorgsferdigheter læres. Personlig modenhet følger nødvendigvis ikke med stigende alder. På den andre siden er det rimelig å anta at en persons livserfaring over år, vil kunne ha betydning for personens tenkning og handling i omsorgssituasjoner.

På det tidspunktet utvalget ble foretatt, hadde jeg også en tanke om at variasjon i studentenes *verbalitet* kunne øke variasjonene av data. Jeg var opptatt av ikke bare å få med "enerne" i utvalget, i den forstand at jeg skulle plukke engasjerte og verbalt artikulerte studenter (slik jeg hadde observert dem fra kateteret). Jeg utnyttet også mine erfaringer om at stille og verbalt forsiktige personer gjerne kan være ettertenksomme og refleksive, og ville sørge for at også disse studentene skulle bli synlig i materialet. I ettertid ser jeg at min utvelgelse på bakgrunn av dette kriteriet har omhandlet *kvantitet av ord*, i det jeg valgte ut respondenter i forhold til hvor lett de tok ordet i klassen. Noen av respondentene gjorde det sjelden, andre ganske hyppig. Altså omhandlet dette kriteriet snarere om mengde tale i klassen enn det nødvendigvis hadde sammenheng med evne til å uttrykk seg og sette ord på tanker, for eksempel om relasjonelle opplevelser, beskrive egne handlinger eller ordsette etiske særtrekk ved pasientsituasjoner. I ettertid har jeg et mer problematisert forhold til måten jeg operasjonaliserte min egen lærererfaring.

For ytterligere å styrke kriteriet om variasjon, planla jeg å følge respondentene over *tid*, på flere læringsarenaer og gjennom flere situasjoner for hver arena. Som en regel bestemte jeg

meg for å følge respondentene tre ganger pr. læringsarena og ca. 4 timer hver gang. Tid pr. observasjonsenhet (4 timer) ga muligheter for kontinuitet samtidig som tidsrammen ga rik mulighet for å skrive feltnotater og reflektere over hva det var jeg var opptatt av gjennom observasjon og samtaler. Kontinuitet var viktig for å se og høre hvordan studenter bearbeidet og diskuterte sine erfaringer med medstudenter, veiledere og meg.

Det ble også avgjørende viktig å tenke utvalg av respondenter i sammenheng med analyseprosessen av materialet. Konkret ønsket jeg å ha relativt intensive datasamlingsfaser avløst av konsentrert analysearbeid som kunne gi nye spørsmål for neste etappe av datasamlingen. Jeg bygget inn muligheter for å pendle mellom feltarbeid og analyse, mellom spørsmål og svar. Det var et materialet som ble bygget opp basert på de 6 respondentene jeg endte opp med i utvalget. De skal presenteres nærmere nedenfor.

2.3.2 Utvalgsprosessen

På bakgrunn av de skisserte kriteriene, satte jeg opp en liste over mulige personer som kunne spørres. Listen ble på 10 personer, 7 jenter og 3 gutter. I første runde ble de 6 første på listen tilsendt brev. Begrunnelsen for å gjøre en henvendelse skriftlig, var tanken om at det skulle bli lettere for dem eventuelt å svare nei, og at et skriftlig ja krevde en ekstra anstrengelse fra deres side om å bekrefte at de ville delta. Da en student ikke ønsket å delta, ble ytterligere en student fra den oppsatte listen forespurt. Utvalget bestod da av 6 studenter, en mann og fem kvinner. Den mannlige studenten sluttet i utdanningen etter ett år. Da supplerte jeg utvalget med en mann fra listen. En kvinnelig student valgte å slutte etter nesten 2 år i studiet. Hun ble ikke erstattet, fordi jeg da var i ferd med å avslutte observasjonsdelen av feltarbeidet.

Beskrivelse av utvalget

Ved feltarbeidets begynnelse besto utvalget av 6 respondenter. Respondentene representerer et alderspenn fra 19 – 36 år. I feltarbeidets forløp sluttet to, og en ny respondent ble inkludert. Tabell 3 gir et bilde av utvalget gjennom studien.

Tabell 3. Oversikt over respondenters deltagelse i studien

Respondent	Sykehjem	Øvavdeling	Sykehus	Hjemme spl	Psyk helse v
Aina	-----	-----	-----	-----	-----
Berit	-----	-----	-----	-----	-----
Charlotte	-----	-----	-----	-----	-----
Dina	-----	-----	-----	-----	-----
Erik	-----	-----	-----	-----	-----
Frøydis	-----	-----	-----	-----	-----
Geir	-----	-----	-----	-----	-----

Hvordan de øvrige kriteriene fordeler seg på respondentene beskrives i Tabell 4.

Tabell 4. Fordeling av utvalgsriterier

Navn	Alder	Pleieerfaring	Variasjon av verbalitet
Aina	20	Hjelpepleierutdanning	Hyppig
Berit	21	Sommerjobb på sykehjem	Hyppig
Charlotte	27	Diverse erfaring	Hyppig
Dina	36	Ikke erfaring fra offentlig omsorg	Sjelden
Erik	19	Ikke erfaring fra offentlig omsorg	Sjelden
Frøydis	21	Ikke erfaring fra offentlig omsorg	Sjelden
Geir	25	Ikke erfaring fra offentlig omsorg	Hyppig

Et stykke ut i analyseprosessen begynte jeg å gi respondentene navn, etter bokstaven de var ordnet under. Verken bokstav eller navn har forbindelser til studentenes faktiske navn.

Guttene og jentene i respondentgruppen har likevel fått hhv gutte- og jentenavn. Navn skaper gjerne assosiasjoner. Ved å gi respondentene fiktive navn, skapes assosiasjoner utenfor min kontroll. Men jeg ønsket ikke å ”nøytralisere” studentene. Hver for seg framstår de med en

unik personlighet. Men i det jeg setter et navn som for meg ”blir riktig”, kan andres assosiasjoner gjøre studentene til noen andre enn dem de er. Dette er litt problematisk. Likevel gir jeg dem navn og håper at jeg makter å yte dem rettferdighet slik at de framstår i beskrivelsene som de gjorde i studiene, så langt som mulig. Uansett, er det *mine* opplevelser av og med studentene som er forsøkt beskrevet. Nå vil jeg gjerne få presentere dem.

Aina

Aina var 20 år da hun begynte i sykepleiestudiet. Å bli sykepleier har vært drømmen for henne. ”Egentlig har jeg visst hele livet mitt at jeg skulle bli sykepleier. Det har jeg visst helt fra jeg var liten ... jeg føler litt at livet mitt er på en måte litt å kunne gjøre noe for andre ... noe jeg kan få igjen for sjøl ...”. Hun har gledet seg til å ta fatt. ”Nå er liksom den store drømmen, nå er jeg der liksom ... nå realiserer jeg det jeg har drømt om og har faktisk kommet inn liksom ... jeg stortrives, jeg har aldri hatt det så bra, for å si det ...”. Som person opplever jeg Aina stille og ettertenksom. Men hun lar seg også lett engasjere verbalt. Hun er overbevist om sitt valg av yrke og forteller at hun har høye ambisjoner for studiet. I klassen tar hun ofte ordet.

Berit

Berit var 21 år og kom ikke rett fra videregående, slik Aina gjorde. Veien til sykepleiestudiet gikk via forespørsel fra sykehjemmet om hun kunne jobbe der; ”... så sa jeg, ”kunne jo prøve det, liksom, det er jo ikke verre enn en sommer, så det går jo an å prøve”.” Berit opplever seg selv som en typisk praktiker, men helt fra hun var liten har hun vært ”litt av en grubler”. Hun lurte på hvordan det blir å være en omsorgsperson: ”... jeg kan ikke se for meg (meg) selv som en omsorgsperson, men jeg tror egentlig ikke jeg er dårlig på det likevel. Hun forteller videre at hun liker å jobbe med mennesker. På spørsmål om hva som er så interessant ved det, svarer hun: ”Du er evig student (...) Det er det som gjør det så spennende ... du lærer hele tida, liksom, jeg lærer og de kan lære, jeg synes det er allright”. Berit er ivrig med i diskusjoner i klassen.

Charlotte

Charlotte var 27 år og hadde en datter på to, som hun var alenemor for. For Charlotte har det å skulle bli sykepleier ”ligget i bakhue ... i mange år ... som en mulighet”. Forut for studiet, har hun variert utdanningsbakgrunn og arbeidserfaring, for eksempel fra teater, ballett, skuespill, akrobatikk og sang. Hun arbeidet blant annet med autistiske barn, barn og ungdom innen psykisk helsevern og blant multihandicappede. I ulike sammenheng arbeidet Charlotte også

innen alternativ medisin. Charlotte opplever selv at hun er godt egnet for yrket: ”... før har jeg vært ganske flink til å si ifra når jeg har sett urettferdigheter, når jeg har sett ting som har vært feil, det vet jeg at jeg har, jeg har sagt fra veldig mye liksom, og jeg bruker det også sånn i hverdagen (...) jeg kan ha en veldig styrke ved det at jeg tror at jeg kjenner kroppen, altså jeg er veldig lite redd for berøring og jeg tror jeg kan en del med å tolke ansiktsuttrykk og tolke på en måte det som ligger under og bakenfor mange sykdommer og ... mange av de som på en måte er ... personligheten som er gjemt da ... jeg tror det at jeg kan ha lett for på en måte å se mennesket bak og ikke bare diagnosen og det praktiske.”. Jeg opplever at Charlotte er verbalt aktiv, tar ofte kritiske standpunkt og synes ikke å være redd for å opponere når hun finner det nødvendig.

Dina

Dina var 36 år, hadde familie med tre barn. Yngste barnet var 2 år da Dina begynte i sykepleien. Dina forteller om sin vei inn i sykepleien: ”Jeg tror jeg får si det sånn at jeg har hatt lyst i mange år ... jeg har søkt mange ganger ... og har ikke kommet inn, så kom jeg inn og da ... altså det er noe jeg har hatt et ønske om lenge ... og så syns jeg vel kanskje at det med sykepleieryrket ... at ønske har kommet sterkere tilbake igjen etter at jeg fikk barn ... det er sikkert mye i forhold til .. omsorgen, tror jeg, i forhold til barn ...”.

Dina har valgt sykepleiestudiet, men er ambivalent og usikker på om valget er gjort på riktig tidspunkt, derfor vil hun se hvordan dette går: ”... jeg tar en eksamen ad gangen”. Hun slites hele tiden mellom å bruke tid med familien og på studiene. I klassen tar Dina sjelden ordet. Dette kommer hun selv inn på, uten å bli spurt om det, i det første intervjuet: ”Det med å prate i forsamlinger, lese høyt, jeg sliter veldig med det, og det har fulgt meg i alle år ... det har liksom lagt en demper på det ... ja, egentlig å skulle lære, fordi at det har vært en sånn hemske, det å skulle begynne på skolen og skulle begynne med alt det framlegget, skal dette her nå ødelegge for det at jeg har så lyst til å lære noe ... og føle meg trygg?”

Erik

Erik var 19 år ved studiestart. Den store aldersforskjellen i klassen overrasket Erik. Han hadde forventet at de i klassen ”var sånne som meg”, men så var det ”bare gamle kjærringer”. Om forventinger til sykepleiestudiet skriver Erik på et eget notat der tanker om studiet nedfelles: ”Jeg kommer rett fra videregående og var vant til en klasse på 25 elever. Jeg visste at det skulle være så mange elever, men likevel var det litt skremmende. I tillegg var det jo som forventa veldig, veldig mange jenter ...”. Erik oppfatter seg selv som en beskjeden fyr og han opplever det ikke bare gunstig å være ung. I det første intervjuet nevner han sin unge alder, og sier: ”... det er jo en del (unge i klassen), men det er mange som er ... det er noen som er førti ... og mer enn det ... men jeg er sånn litt beskjeden type ... så jeg tør ikke si noe i klassen ... det sliter jeg med enda ...”. På den andre siden, mener han, så er det nå

han må ta utdanning: "... jeg hadde aldri orka og begynt på en treårig utdanning når jeg var 21 ... det hadde blitt for slitsomt". "Jeg er jo bare 20 år, så jeg er på en måte ute etter ett eller annet litt sånn spennende og ... så jeg kan ikke helt se for meg at jeg f.eks. jobber her (på sykehjemmet) når jeg er 22..."

Frøydis

Frøydis var 21 år ved studiestart. Hun var i tvil før hun begynte om det var dette hun ville.

Ved første intervju er hun fortsatt litt i tvil: "Ja ... jeg var veldig i tvil, egentlig, det var liksom ikke sånn derre: "sykepleier; det er det jeg skal bli" ... det har ikke vært sånn helt fra jeg var liten at jeg har lyst til å bli sykepleier (...) Jeg er mer sånn praktisk ... enn teoretisk ...". Det som har gjort at Frøydis likevel nå har startet sine studier i sykepleie er at: "det er et yrke jeg føler at jeg får brukt meg selv i, liksom ..." og dessuten: "og mamma er sykepleier, så ...". Hun forteller at hun bestemte seg for å fortsette etter at hun kom ut i første praksisperiode, fordi hun trivdes. Her har hun "likt seg kjempegodt". Hun føler hun har lært mye, både av pasientene og av sykepleierne. Samtidig som hun føler det er dette hun vil, så "har jeg liksom mange andre ting jeg vil og ... på en måte". Frøydis er en ivrig tegner og maler. Hun liker å gjøre ting med hendene. Men som hun sier: "... den kunsten, (som) jeg har lyst til å holde på med ... det er ting jeg kan holde på med ved siden av ... senere og sånn ...".

Frøydis sier sjelden noe i klassesammenheng.

Geir

Geir kom først med som respondent i 3. semester i sykepleiestudiet. Han ble spurt om å delta, fordi Erik hadde sluttet. Geir var 25 år ved studiestart. Han hadde arbeidet i databransjen før han begynte i sykepleien. I utgangspunktet hadde han ikke tenkt å bli noe sånt som sykepleier. Det forbandt han med dårlig lønn, mye slit og masse triste skjebner. Det var egentlig under en reise i Asia, "hvor jeg liksom ble litt vekka i forhold til hva som var viktig her i livet, liksom ...". På denne reisen møtte han bl.a. "en masse mennesker ... som ikke var så veldig godt stilt i forhold til meg". Dette gjorde at Geir følte han "ble litt mer ydmyk i forhold til hva livet går ut på og hvor forskjellig man kan bli behandlet liksom ...". Da fant han ut at det var viktigere ting her i livet enn data. "Det er viktigere ting i livet enn å sitte bak en skjerm og rable ned en masse tegn som egentlig ikke betyr så mye". Han begynte å tenke igjennom livet og engstet seg for at det skulle komme til å bli meningsløst: "... og når jeg sitter der som 67-åring ... hva har jeg egentlig oppnådd liksom?". Han følte at han lærte nye sider ved seg selv å kjenne. Også venner rundt ham oppmuntret ham, de mente at han passet til å arbeide med mennesker.

Jeg merker meg Geirs engasjement i diskusjoner i klassen.

Rita

Som feltarbeider ble jeg også involvert i læringsprosesser til flere av studentene i klassen. Spesielt var det en situasjon som jeg oppfattet særlig interessant for denne studien. Jeg valgte å inkludere denne i datamaterialet. Den er hentet fra opplevelser med Rita i øvingsavdelingen. Hun var med i Ainas studiegruppe. Der gir hun verdifulle data og samtykker til at jeg får bruke disse.

Etter dette første møtet med høyskolens undervisningsprogram og utvalget av studenter, skal jeg i det følgende kapitlet presentere kunnskap om omsorg og læring som er basis for tenkning om hvordan studenter lærer seg å utøve omsorg i de kliniske deler av sykepleierutdanningen.

KAPITTEL 3

OMSORGSFERDIGHETER SOM PEDAGOGISK PROSJEKT

3.1 Innledning

I dette kapittelet redegjør jeg for de tenkningspremissene som ligger til grunn for studien. Det å lære omsorgsferdigheter for sykepleiestudenter er samtidig å *utøve* omsorg. Studentenes kliniske studier er samtidig både studier og omsorgsutøvelse. For å forstå hvordan læring og omsorg griper inn i hverandre og utgjør to sider av samme handling, har jeg valgt å ramme inn forskningen i en omsorg- og læringsforståelse som er forenlig med fenomenologisk tankegods, som studien for øvrig er forankret i. Denne tankerammen er avgjørende for mitt forskerblikk og hva jeg velger å holde innenfor min oppmerksomhet. Omsorgsferdigheter er det begrepet jeg har falt ned på for å formidle at det dreier seg om læring av omsorg omsatt i handling.

3.2 Omsorg

I denne studien har jeg valgt å ta utgangspunkt i Kari Martinsens⁹ utlegginger om omsorg. Valget er tatt av flere grunner. Kari Martinsen har vært toneangivende i omsorgsforskningen og har hatt stor innflytelse på den teoretiske utviklingen i sykepleiefaget i Skandinavia (Kirkevold 1993). Hennes litteratur er ofte å finne på pensum i sykepleierutdanningene, og det er rimelig å anta at hennes tenkning er kjent blant sykepleiere, lærere og studenter i norsk sykepleierutdanning. Det er et poeng i seg selv å velge en norsk tenker i studier av norsk utdanning. Videre favner hennes tanker om omsorg både kompleksitet og tvetydigheter i praksis. Det at tenkningen også er fenomenologisk orientert, gjør den forenlig med den vitenskapsteoretiske bakgrunnen for denne studien. Omsorg foregår mellom personer og alltid i konkrete situasjoner, og slik forstår jeg omsorg både som relasjonell og situert. Dette

⁹ Noen publikasjoner fra Kari Martinsen har vært mer sentrale enn andre. Av de mest brukte er: Martinsen 1989, 1990, 1996, 2000.

gjør at omsorgstenkningen er i overensstemmelse med praksislæring i sykepleie som her skal studeres.

3.2.1 Sentrale trekk i omsorgsforståelse

Grunnidéen i Kari Martinsens tenkning bygger på det ontologisk gitte faktum at mennesker dypest sett er avhengige av hverandre, at mennesker ikke lever isolert, men er ”henvist til hverandre for å ta vare på hverandre” (Martinsen 1990, s.63). Den fundamentale menneskelige avhengigheten fordrer et menneskelig motsvar, og dette motsvaret er omsorg. Omsorg er derfor noe allmennmenneskelig, men også noe som preger relasjonen mellom partene i profesjonelt omsorgsarbeid. Profesjonelt omsorgsarbeid er å gi omsorg til mennesker som ikke er selvhjulpne (Martinsen 1989).

I avhengigheten viser Martinsen at det ligger en rekke spenningsfylte forhold. I samfunn der individualisme er et ideal, kan det å være selvhjulpne framstå som et ønsket mål. Da vil det klinge negativt å forstå seg selv som avhengig av andres hjelp. Avhengighet kan føre til mangel på respekt, anseelse og gi liten selvrespekt. Forholdet mellom individ og fellesskap er et annet spenningsforhold, som Martinsen framholder. I solidarisk sosialpolitikk, der forpliktelsen innebærer rettferdig fordeling av goder, står hensynet til svake i samfunnet, som er i behov av en større andel tjenester, i motsetning til tanken om en likelig fordeling, der alle får likt. Individuelle hensyn kommer ofte i et motsetningsforhold til en rettferdig fordeling til de mange (Martinsen 1989).

Martinsen framhever tre grunnleggende aspekter ved omsorg som i denne studien skal bidra til å gi innhold til utøvelse av omsorg. Disse ulike sidene ved omsorg er sammenvevde prosesser som alle finner sted i situasjoner der mennesker trenger omsorg. Omsorg er et

- relasjonelt begrep
- praktisk begrep
- moralsk begrep (Martinsen 1990).

I utøvelsen av omsorg finner det relasjonelle og det moralske sine praktiske uttrykk.

Som *relasjoner* uttrykkes omsorg ved grunnholdninger som preges av at omsorgsyteren anerkjenner den andre ut fra hans situasjon. Det er imidlertid omsorgsgiveren som bærer ansvaret i profesjonelle omsorgssituasjoner. Det ligger en dobbelhet i det relasjonelle

forholdet, i den ontologisk gitte ide, at menneskets vesenstrekk er at det er til for andres skyld – for sin egen skyld (Martinsen 1989). Omsorg i denne tankebanen, vil være å ta hensyn til andre, for sin egen skyld. I sykepleierutdanningen vil utøvelsen av omsorg nettopp finne sted i denne dobbeltheten. Nærhet som motiv og trangen til å gjøre noe for andre ligger til grunn for en ”andre-orienterthet” som viktige forutsetninger for å gi omsorg. Denne motivasjonen lever side om side med en ”selv-orientert” dimensjon som fungerer selvrealiserende.

Som et *moralsk* begrep knyttes omsorg til prinsippet om ansvar for den svake. I sykepleie handler det om pasienter som har behov for hjelp i faser av helsesvikt (Martinsen 1989). Som syk og svak, med behov for hjelp, overlater mennesker sine liv i de profesjonelles hender, i tillit til at de blir ivaretatt. Det moralske aspektet innebærer å handle til den andres beste og å gjøre det i respekt for den andre (Martinsen 1990). I holdningen til hverandre, gjennom blikk, stemmer, hender, er vi med på å ”gi hverandres liv dets tone” (Martinsen 1990, s.70). I det moralske møtet ligger en risiko som stiller omsorgsutøveren overfor mulighetene, enten å ta vare på den andres tillit, eller å forspille og skusle bort tillitsforholdet. Om det å ta vare på andres tillit, benevner Martinsen med å ”bli tilliten verdig” (Martinsen 1990, s.70). Ikke minst i forholdet mellom studenter og pasienter antar jeg at tilliten utfordres spesielt. En studentposisjon er i utgangspunktet å utøve noe som skal læres og som personen dermed strengt tatt ikke behersker.

Som et *praktisk* begrep vokser handlinger fram av den konkrete situasjonen som mottakeren befinner seg i. Omsorg kommer til uttrykk i handlinger, ofte kan det være gjennom enkle redskaper, så som vaskeklut, bekken, matservering og tannbørste (Martinsen 1989,s.76). Omsorg er da å ”vite bedre enn den det gjelder hva som tjener den andre best”, fordi en sykepleier handler på bakgrunn av sykepleiefaglige kunnskaper (Martinsen 1990, s.91). Å stå i situasjoner der en utøver praktisk handling overfor andre bærer i seg en risiko, fordi omsorgen fort kan vippe over i sin motsetning, for eksempel til overgrep. Muligheten for det Martinsen kaller for ”omsorgens utarting”, er alltid til stede, der omsorg kan vippe over til likegyldighet i form av unnlattelsessynder eller formynderi. Utfordringen i enhver omsorgssituasjon er å bli klar over dilemmaet og vippeposisjonen som en står i.

Disse tre dimensjoner ved omsorgsbegrepet, er en måte å ramme inn og ”samle” Martinsens tenkning om omsorg i noen sentrale trekk. Nå vil jeg videre utdype noen relasjonelle og

situerte trekk ved begrepet og vise hvor grunnleggende det mellommenneskelige er i omsorgen, og hvordan omsorg omsatt i handling alltid foregår uløselig knyttet til situasjoner.

3.2.2 Relasjonelle og situerte perspektiver

I omsorgens idé finner jeg en tenkning med relasjonelle og situerte perspektiver som harmoniserer godt i en empiri der omsorgsutøvelse nettopp foregår mellom mennesker i konkrete pasientsituasjoner og i pasienters livssituasjon.

Omsorgens *relasjonelle dimensjon* trer tydelig fram, i det at den forutsetter to parter. Det er den ene som lider og den andre som lar seg berøre av lidelsen og vekke til handling (Martinsen 2000). Det er et emosjonelt og relasjonelt aspekt. De relasjonelle trekkene av omsorg innebærer det å strekke seg ut over seg selv og å involvere seg, være engasjert og delaktig i andre menneskers liv. Det er noe overgripende i det å inngå i relasjonelle forhold til andre.

Omsorgsbegrepets *situerte dimensjon* ligger i at appellen til omsorg springer ut av pasientsituasjoner. Omsorg leves alltid ut og kommer til uttrykk i konkrete, praktiske situasjoner. "Omsorgsarbeid bestemmes av mottakerens situasjon" (Martinsen 1989,s.73). Vurderinger om hvordan omsorg skal utøves krever hensyn til pasientens helse, til pasientens selvforståelse og til den aktuelle konteksten som partene står i og er en del av. Det må derfor foregå en form for faglig granskning og kontekstuell kartlegging av situasjonen. Det situerte har, i motsetning til de relasjonelle bevegelsene mellom personer, noe forankret ved seg. Det innebærer å plassere noe innenfor en kontekst, i en situasjon, eller å rydde noe innenfor bestemte perspektiver. Det omhandler altså å se og å forstå pasientens aktuelle situasjon. Å forstå pasientsituasjonen beskriver Martinsen som en prosess som veksler mellom å sanse og å forstå (Martinsen 2000).

Om å sanse

Utgangspunktet for omsorg ligger i det relasjonelle ved å sanse og å la seg berøre av mennesket som befinner seg i en situasjon av omsorgsbehov. I den etymologiske utlegningen av 'omsorg', viser Martinsen for eksempel til den berørende dimensjonen. Det tyske begrepet 'sorgen' utledes med 'å bekymre seg for', 'å sørge for'. Når den ene lider, vil den andre 'sørge', i betydningen av lide sammen med. Deretter vil vedkommende handle ved å 'sørge

for' å lindre lidelsen. På norsk er 'omsorg' satt sammen av 'om' og 'sorg'. En sørger først over, eller lar seg berøre av lidelsen, for så å sørge for den som lider (Martinsen 1989).

Appellen til omsorg ligger altså i *sansningen*. Det er vesentlig å "se" det man ser, eller for å bruke hennes eget uttrykk; "å se med hjertets øyne" (Martinsen 2000,s.18). Det handler om å lytte, å se, å lukte, og å sanse, om vilje til å forholde seg til den andres lidelse. Evnen til å sanse og å "se" det man ser, er en vesentlig betingelse for å kunne være åpen og mottakelig for hva den andre utleverer seg med. "Sansningen er en fundamental åpenhet mot verden (...) I sansningen berøres vi før vi forstår hva det er den annen vil" (Martinsen 2000,s.21). Det er i evnen til å kunne "se" det en ser og å bli berørt av det en ser, at det er mulig å forsøke å forstå hva pasientene har av behov for hjelp (Martinsen 2000).

Men sansning alene er ikke tilstrekkelig i profesjonell omsorg. I den "rene" sansningen blir en maktesløs og handlingslammet. Å være åpen og sansende gjør at den andres lidelse "treffer" og den andres smerte vedgår en. "Sansningens åpenhet kan være fryktelig". Det er først når sansning forenes med *forståelse*, at en kan møte pasienten i det Martinsen kaller for en "deltagende oppmerksomhet" (Martinsen 2000,s.21).

Om å forstå

Forståelse er en form for granskning og ettertenksomhet. Det er en registrering av inntrykk som utforsker og gransker pasientens helserelaterte situasjon. Å registrere er en distansert kartlegging der en skaffer seg oversikt over og følger med i den andres tilstand. Å registrere den andres tilstand innebærer å trekke inn nødvendig kunnskap, både den kunnskapen som omhandler mennesker som syke (sosial, menneskekunnskap), men også den medisinskfaglige, som omhandler sykdommer. Å registrere er måter å se på der en vil finne sammenhenger ved å systematisere, klassifisere, rangere og sette ting i system. Å se på denne måten er ufullstendig fordi en kun ser forskjeller ut fra det som skal kunne måles og inndeles på en skala i en målrasjonell orden. Et slikt blikk alene gjør mottageren av omsorg til en gjenstand for observasjon, mer en som en person som angår en. Det reduserer den levende personen til noe som registreres og personen blir likegyldig for betrakteren (Martinsen 2000). Forståelse som "ren" registrering, bidrar til å objektivere pasienten. Om forståelse ikke er fundert på sansningens grunnlag, blir den lett til en "kjølig" registrering (Martinsen 2000).

Sansning og forståelse er hverandres motsetninger, men de er helt avhengig av hverandre i en ivaretaende omgang med pasienten. Profesjonell omsorg innebærer å koble sansning og forståelse i en faglig begrunnet oppmerksomhet. "Den sansende identifikasjonen" som Martinsen kaller det å *sanse* og *forstå*, er "et øye som hele tiden ser noe mer og noe annet i det som det ser" (Martinsen 2000,s.36). Virkeliggjøringen av omsorg finner sin ideelle løsning i foreningen og i vekslingen mellom motsatsene og i spenningen mellom å *sanse* og å *forstå*. Utfordringen i omsorgssituasjoner er å la det registrerende blikk bli berørt. Dersom det skjer, bygges det faglige skjønn, hevder Martinsen.

Faglig skjønn

Forutsetninger for omsorg er at sansning inngår i et samspill med det å forstå, det å registrere. Å "se deltagende" er å sanse den andres situasjon og la seg berøre av den, i vekselvirkning med å forstå den andre, der forståelsens ettertenksomhet trekker inn kunnskapen om situasjonen som grunnlag til å forstå. Disse forenes i en "deltagende oppmerksomhet". Den faglig dyktige sykepleier er den som kan forene registrering og sansning i en "vennlig vekselvirkning" som munner ut i et *faglig skjønn* (Martinsen 2000).

Martinsens tenkning etterlater et klart inntrykk av hvor krevende omsorg er. Tematikken i denne avhandlingen er hvordan studenter lærer seg å utøve omsorg, det vil si tilegner seg ferdigheter til praktisk og relasjonelt å hjelpe syke personer på gode måter. Inspirert av tenkningen om omsorg, vil jeg beskrive kjennetegn ved omsorg uttrykt i praksis, samlet i begrepet "omsorgsferdigheter".

3.2.3 Omsorgsferdigheter

Omsorg er nå omtalt som det å bry seg om den andre, som i sykepleieryrket vil være å hjelpe pasienter i en anerkjennende og respektfull "tone", fordi en berøres og får medfølelse med den andre som lider. Motivasjonen ligger i dobbelheten ved at det tilfredsstillende selv å være til hjelp for andre. Omsorg fullbyrdes først når den uttrykkes i praktisk handling til det beste for den andre.

Omsorgsferdigheter betegner omsorg som kommer til uttrykk i *praktisk handling*.

'Ferdighet' kan utledes med dyktighet, kunnskap, kyndighet, godt lag, evne, kunst (Norsk Synonymordbok). 'Ferdigheter' brukes i sykepleiefaglig litteratur ofte i forbindelse med å ha

oppnådd et visst nivå av dyktighet i en praktisk handling, det en fysisk ”gjør” med pasientene (Bjørk 2003). I Bjørks studie var det for eksempel å hjelpe en nyoperert pasient opp av sengen på en hensiktsmessig måte, å fjerne vakumdren på en skånsom måte eller å skifte på et kirurgisk sår (Bjørk 1999). Gjennom praktiske handlinger kan sykepleieren formidle omsorg, eller handlingene kan vise mangelfull omsorg, for eksempel at handlingen gjennomføres mer eller mindre omtenksomt, med mer eller mindre respekt. Martinsen sier det slik:

”Praksishandlingene vurderes ut fra kvaliteten i selve relasjonen eller samhandlingen”

(Martinsen 1989,s.48). I en forestilling om at omsorg vises i en eller annen form for praktisk handling knytter jeg ’ferdigheter’ til ’omsorg’ og forstår ’omsorgsferdigheter’ som praktiske handlinger som uttrykker omsorg.

Omsorgsferdigheter har videre i seg *relasjonelle dimensjoner*, som evne til å inngå i gode og tillitsfulle relasjoner med pasienter. Kunsten å ”lese” pasientens ansikt, å sanse dennes uttrykk, forstå situasjonen en står i og fatte mening og betydning i interaksjoner gir seg uttrykk som omsorgstenkningens relasjonelle element. Det å være rolig og tillitsvekkende tilstede hos en pasient som er oppløst i indre kaos, kan være ett eksempel. Eller det kan være å kunne ”lese” en annens kroppsspråk, være lyttende tilstede. Det kan være å forstå pasienters selvforståelse og å vurdere omsorgsbehovene i medisinsk- og sykepleiefaglig perspektiv. Omsorgsferdighet vil være kyndighet i å sanse situasjonene og å forstå hva som står på spill. Å se ”vippeposisjoner” i situasjoner sykepleieren står i, vil kjennetegne omsorgsferdigheter.

Kyndighet i *moralsk* tenkning og evne til å foreta avgjørelser som er gode og etisk forsvarlige er en tredje side ved tilnærminger til pasienter som i følge Martinsen inkluderes i omsorg og som her inngår i begrepet omsorgsferdigheter. Omsorgsferdigheter vil være kunsten å forstå hva som er best for den andre, og å ta utgangspunkt i det når en handler som sykepleier. Det vil videre være måten en yrkesutøver tar imot pasienter på, lar seg berøre og bevege i situasjonsoppfatninger, alltid letende etter gode måter å forstå pasienten og situasjonen på.

Omsorgsferdigheter er *utøvelse som forener omsorgstenkningens ulike elementer*.

Omsorgsferdigheter eksisterer ikke som et sett av ferdigheter. Det er for eksempel ikke innstudering av kroppslig bevegelse og teknikk i forbindelse med sprøytesetting som er hovedfokus. Samtidig er dette nettopp delelementer i det gode håndlag og den omsorgsfulle handlingen. Det er ikke nødvendigvis et motsetningsforhold mellom teknikk og omsorg. Derfor kan det også ligge mye omsorg i effektiv bruk av teknikk. Det er integrasjonen og

samvirket mellom det en med tradisjonelle didaktiske kategorier kunne kalle kunnskaper, holdninger og ferdigheter som er det interessante.

Omsorgsferdigheter *vokser ut av den konkrete situasjonen* og tilstanden som mottageren befinner seg i. Dersom en person er tørst og signaliserer det, kan omsorg vises gjennom den omtanken det er å gi ham et glass vann. Handlingen i seg selv trenger ikke være forbundet med omsorg. Det er fullt mulig å sette et glass vann til en som tørster med dårlig skjulte signaler om at vedkommende er til bry. Omsorgen i handlingen er å finne i omtanken og vennligheten som vannserveringen gjøres i.

I *utøvelse av sykepleie* er omsorg knyttet til menneskers grunnleggende behov, men også til menneskers lengsler som ikke alltid lar seg oppfylle. Det handler overordnet om at pasienter skal få oppleve trygghet, forutsigbarhet og respekt i tjenestetilbudet. Pasientenes hjelpebehov kan spenne fra det å opprettholde renhet og velvære til det å ta til seg ernæring og kvitte seg med avføring. Det kan være å få nok tid og ro til å spise, eller til å få stillhet og skjermet privatliv. Oppgaven for en sykepleier kan være å prøve å styrke pasientens evne til å styre eget liv eller hjelpe til ved en verdig avslutning av livet. Omsorgsferdigheter inkluderes videre av det å ivareta mennesker i livets spennvidde, fra det friske og ”sprell levende” barnet på fødeavdeling til den syke og glemsomme gamle på sykehjem. Det kan omfatte det å hjelpe en pasient de få dagene han/hun er innlagt på kirurgisk avdeling for et enkelt inngrep, til det å hjelpe den kritisk syke på medisinsk avdeling eller den døende pasienten i hjemmesykepleien. Det vil for eksempel kunne være evne og dyktighet i å sanse pasientens blikk og å forstå hva blikket formidler. En lut og bøyet nakke: er det sorg over tapet av en nær venn eller kan det være resultat av mangeårig Bechtrews lidelse? Hvordan kan en gå fram for å finne ut av det? Eller handler dette om følsomme ting som en skal nærme seg med respektfull avstand? Kanskje skal en bare se at det er noe der, og la omgangen med pasienten preges av det?

Omsorgsferdigheter har i selve begrepet en innebygd *kontrast*. Ferdighetene er i utgangspunktet ikke ”ferdige”. Omsorgsferdigheter kan ikke bare utpekes som bestemte handlinger, manuelle fingerferdigheter eller et presist oppnådd nivå av utøvelse, som så skal utøves for eller med pasienten. De framstår som noe uferdig, som først realiseres og virkeliggjøres i konkrete situasjoner og som gjensvar på pasientens reaksjoner. Det skal ikke forstås som tilpasninger til oppsatte regler eller ferdige oppsett av framgangsmåter. Det har å gjøre med en grunnholdning av omsorg satt ut i livet, der kunnskaper og holdninger forenes i

et godt håndlag. Omsorgsferdigheter blir til og utvikles i samspill med pasienten. Omsorgsferdighet anvendes i denne studien for å markere at omsorg kommer til uttrykk – eller mangler uttrykk - i samhandlinger mellom sykepleiere og pasienter. Hensikten er å holde fast på omsorg som et potensial som virkeliggjøres til kvalitet i samspillet med den andre.

Omsorgsferdigheter forstås som en praksis, som i lys av Martinsens tenkning ikke kan beskrives i et fiksert og ferdigdefinert begrep. Begrepet rommer relasjonelle og moralske forhold som kommer til syne i praktisk handling. Omsorgsferdigheter kan derfor være vanskelig å gripe. Samtidig er det en kvalitet vi godt vet hva er når vi ser eller erfarer den, – og kanskje i særlig grad når den mangler.

Anvendelse av begrepet i avhandlingen

Begrepet omsorgsferdigheter tjener som retningsgivende og veivisende i utforskningen av studentenes praktiske læring. Det er et forsøk på å lede oppmerksomheten mot konkret samhandling der omsorg virkeliggjøres i handlinger og væremåter. Omsorgsferdigheter er et begrep hvor jeg forsøker å samle, og 'ta grep' på omsorgen slik den kommer til uttrykk, realiseres og virkeliggjøres mellom partene i dialog og samhandling.

Med jevne mellomrom har jeg vært i tvil om begrepets fruktbarhet og egnethet for formålet. I tradisjonell didaktisk tenkning der kunnskap, holdning og ferdigheter er sentrale kategorier, kan 'ferdighet' gi forestillinger om teknisk utøvelse til forskjell fra kunnskaper og holdninger. I dette prosjektet ville slike forestillinger bli en feiltolkning. Omsorgsferdighet skal ikke forstås som noen teknisk øvelse til forskjell fra holdninger og kunnskaper. Ved å bruke omsorgsferdigheter som begrep ønsker jeg å favne de ulike sidene av omsorg som Martinsen beskriver, uten å falle ned på en innsnevret og instrumentell forståelse av det å utøve omsorg. Og nettopp foreningen av omsorgens ulike dimensjoner anser jeg som begrepets fortrinn som gir et innhold som er et potensial for å synliggjøre læring av omsorgen i måten studentene handler, i deres erfaringer og i måter de snakker om sine handlinger og erfaringer.

Med omsorgens kjennetegn som forforståelse, vil jeg nærme meg studentene i deres kliniske studier for å prøve å forstå hvordan omsorgsferdigheter læres. Det fører meg videre over i spørsmålet om hvordan 'læring' kan forstås.

3.3 Læring

Læringsforståelsen som legges til grunn i denne studien er hentet fra litteratur som ofte betegner denne retningen som ”sosiokulturell læring”. Synet på kunnskap i retning av å forstå læring som sosialt og kulturelt forankret, har inspirert til å velge læringsteori, fra nordiske så vel som internasjonale forfattere (Dysthe 2001, Säljö 2001a, Lave, Wenger 1991, Wenger 1998).

Bevegelsen i nyere læringssyn dreier oppmerksomheten mot en sosial, kulturell og erfaringsorientert læringsform, der kontekst og erfaring tillegges vesentlig betydning. Vektleggingen er rettet mot betydningen av å ha førstehåndserfaring av den kunnskapen som er iboende enhver praksis (Jensen 1999). Et slikt kunnskapssyn er spesielt relevant inn mot en utdanning av et praktisk yrke som sykepleie er. Videre har jeg valgt å ta utgangspunkt i sosiokulturell læringsteori fordi de situerte og relasjonelle trekk ved teorien gjør den konsistent med omsorgstenkningen i studien. Dermed er læringstenkningen også forenlig med vesentlige punkt i den fenomenologiske tilnærmingen (Se s.48-49 og Kapittel 5, s.69).

3.3.1 Sentrale trekk i læringsforståelse

Det er noen aspekter ved det å forstå læring som peker seg ut som betydningsfulle for denne studien. Spesielt vil jeg vise til et par forhold:

- Skiftet i fokus fra individ til fellesskap
- Læring forstått i et kommunikativt perspektiv

Fra individ – til fellesskap

Et vesentlig kjennetegn ved nyere pedagogisk tenkning er skiftet fra primært å forstå individet som lærende, til å tenke at læring skjer i et handlende fellesskap. I nyere pedagogisk litteratur foregår søken etter opphavet til bevisst aktivitet, ikke primært i den menneskelige hjernen, men i sosiale og historiske sammenhenger (Dysthe 2001). Et viktig poeng er å løfte den sosiale dimensjonen i forgrunnen og la individet tre i bakgrunn. På denne måten forstås læring som grunnleggende sosial, noe som skjer i fellesskap med andre (Dysthe 2001). I sykepleierutdanning er dette læringsperspektivet interessant. For det første utøves omsorg, relasjonelt overfor andre mennesker, relatert til kontekst. Dessuten utøves sykepleieryrket i fellesskap, i noen sammenhenger på tvers av faggrenser, og i andre innenfor pleiefellesskapet (Hamran 1991).

Læring forstått i et kommunikativt perspektiv

Å innvie nykommere til et yrke der utøvelsen skjer med og for mennesker, gjør kommunikasjon og språk essensielt. Å lære seg kunnskaper og ferdigheter har med begreper, innhold og mening å gjøre. Disse fungerer kommunikativt (Säljö 2001a). Språket har derfor vesentlig betydning for læring. Læring er å finne mening i det sosiale fellesskapet, og da er språket den formidlende faktor. Det er gjennom å dele erfaringer med hverandre og å fortolke hendelser i begrepslige termer at vi kan sammenligne og lære av erfaringene. Det er ikke bare i læringssammenheng en trenger språk og kommunikasjon. Sykepleieryrket er å arbeide med mennesker der en tar i bruk redskaper av kommunikativ og språklig art. I kommunikasjonen formidles tanker, holdninger og kunnskaper og det er gjennom denne vi skaper og etablerer en felles forståelse.

I det foregående er det pekt på flere forhold som gjør det rimelig å forstå læring både som relasjonell og som situert. Det relasjonelle kommer for eksempel til uttrykk gjennom den historiske, kulturelle og sosiale forankringen. Det situerte aspektet er å plassere læring innenfor bestemte sosiale aktiviteter og praksiser. Disse poengene vil jeg forfølge i det videre.

3.3.2 Relasjonelle og situerte perspektiver

Jeg har antydnet at læring som relasjonell og situert er viktige grunntrekk i sosiokulturell læringstenkning. Det handler dels om språk, kommunikasjon og argumentasjon. Dels dreier det seg om handling, deltagelse i praksis, og å gjøre seg erfaringer. Det å lære knyttes til *dialog* og *handling* i praksisfellesskap, i sosiale kontekster (Säljö 2001a). Mennesker lærer når det skaper mening ved å sammenligne og dele erfaringer i samspill med medmennesker i dialoger. Og det lærer ved å handle innenfor rammen av praksiser og å forstå koblingen mellom sammenheng (kontekst) og individuelle handlinger (Säljö 2001a). Det er ikke slik å forstå at dialog og handling er vesensforskjellige, der det ene er språk og det andre er handling. Språk kan også være handling og handling kan være språk. Disse er integrerte aktiviteter i læringsprosesser og fungerer i et *samspill*. Med disse nøkkelordene har jeg antydnet fokus for de neste avsnittene:

- Læring som dialog
- Læring som handling og deltagelse i praksisfellesskap

Dialog

Begrepet dialog antyder semantisk en ordveksling mellom parter. Det kan være en *indre prosess*. Subjektet kan være sin egen samtalepartner og dialogen foregår som en intrapersonlig prosess, som en "indre" samtale. Personer kan diskutere og resonnerer med seg selv. Vår "indre tale" er former for dialoger som vi bruker i egne resonnementer (Säljö 2001a). Den indre dialogen kan foregå på tankeplanet, men kan også skje gjennom muntlige og skriftlige prosesser. Tanke og språk er ikke identiske, selv om de er sider av samme sak. Å tenke er indre tause prosesser som ikke kan iakttas for en utenforstående (Säljö 2001a). Her brukes språklig redskap uten at de følger språkets spilleregler. Det ligger videre i dette rasjonale, at språket ikke er et uttrykk for den ferdige tanke. En tanke som omsettes til språk, omstruktureres og forandres gjennom denne prosessen. Den tradisjonelle kognitiv-rasjonelle antagelsen har vært at tanke kommer før handling. Denne forestillingen er utfordret av en tanke om eksternalisering, en bevegelse fra handling til ord, snarere enn fra ord til handling (Jensen 1999).

Dialog kan videre være en *ytre prosess*, en interpersonlig prosess og samtaler føres mellom mennesker. I kommunikasjonen og interaksjonen mellom mennesker foregår en delaktighet i kunnskaper og ferdigheter. Det er altså ikke slik at vi formidler budskap til hverandre som en overføring. Mening og betydning finnes derimot mellom mennesker som en delt forståelse (Säljö 2001a).

Det tredje aspektet jeg vil peke på her, er dialogen som et *samspill* mellom språk og handling. Samspillet består i at språk og handling er sammenvevet og interaktive prosesser. Utviklingen av kunnskaper og ferdigheter er begrepslige og dialogiske av natur (Säljö 2001a). Dels handler dette om dialog og argumentasjon som verbale aspekt, og dels som formidling gjennom handling. Å forstå læring som relasjonell, handler bl.a. om være i dialog og engasjere seg i argumentasjon. Dialogen binder sammen og knytter kunnskap til argumentasjon og handling. Læring er argumentativ og forutsetter derfor et fellesskap (Säljö 2001a).

Säljö tegner et beskrivende bilde av kunnskapsprosessen: "Kunnskap lever først i samspill mellom mennesker og blir så en del av det enkelte individet i hans eller hennes tenkning/handling. Deretter kommer den tilbake i nye kommunikative sammenhenger" (Säljö

2001a, s.9). Slik sett forstås læring både som relasjonelt og situert. I det sosiokulturelle læringssyn lever kunnskap og er i bevegelse, fra et sosialt fellesskap, til individ og tilbake igjen, i stadig uavbrutt omløp. Og læring skjer ved å være deltagende i dette samspillet.

Denne måten å forstå forholdet mellom tanker, ord og handling er interessant i sykepleierutdanning og utfordrer den kognitive læringsforståelsen som kommer til uttrykk i mange utdanningsprogram i sykepleie, som for eksempel har en stor teorityngde i begynnelsen av utdanningen. Dialogen og samspillet mellom ulike aktører kan i kraft av å være markører for læring, vise viktige innsikter om hvordan læring foregår i sykepleierutdanningen i kommunikasjoner, i relasjoner og forståelse som er så vesentlige deler av omsorgsferdigheter.

Deltagelse og handling i praksisfellesskapet

Sosiokulturell læringsteori holder også fram læring som deltagelse i sosial praksis. Menneskelig handling generelt og studieaktiviteter spesielt, er situert i sosiale praksiser. Menneskers måte å resonnerer og løse problemer på, er avhengig av og knyttet til hvordan de definerer den situasjonen de agerer i. Vi handler i stor grad med utgangspunkt i egne kunnskaper og ferdigheter og det vi bevisst eller ubevisst oppfatter at omgivelsene krever. Säljö formulerer det slik: ”Det er en kobling mellom et tenkende individ og omgivelsene som gjør mennesket til et forutsigbart, men samtidig fleksibelt vesen som tilskriver sine omgivelser mening og som handler ut fra antagelser om hva sosiale situasjoner innebærer” (Säljö 2001a, s.131). Utgangspunktet for læring er altså oppfatninger og forståelse av situasjonen vi står oppe i, og hvilke oppfatninger vi har av forventninger som gjeldende i et bestemt miljø.

Aktører som deltar i ulike praktiske virksomheter og engasjerer seg sammen, handler sammen (interagerer) og ”toner inn” sine relasjoner sammen og med omverden samtidig. (Wenger 1998). Wengers begrep ”praksisfellesskap”, kjennetegnes ved at deltagerne involveres i felles praksis med felles mål og oppgaver. Deltagerne er involvert i et gjensidig engasjement av oppgaver og handlingsrepertoar, for eksempel felles rutiner på hvordan ting gjøres, felles redskap og felles måter å gjøre ting på. Ved å utføre felles oppgaver, står personen samtidig i en historisk og kontekstuell sammenheng som gir struktur og mening til det en gjør. Det gir fellesskap, tilhørighet og mening å stå sammen i og om en virksomhet. Dette inkluderes av både det sagte om disse tingene, og om det usagte. Det ligger taust en hel del symbolsk

mening i språk, arbeidsredskap, roller prosedyrer osv. Praksisfellesskap er virksomheter der både handling og kunnskap er integrerte fenomen. Det mentale og det manuelle, det konkrete og det abstrakte lever sammen side om side og fungerer interaktivt. (Wenger 1998). Læring blir et spørsmål om å være aktiv og å bidra i praksisfellesskapet.

Å forstå læring som situert er noe mer enn å tenke seg at læring foregår i praktiske situasjoner. Dysthe forklarer det slik: "... de fysiske og sosiale kontekstane der kognisjon skjer, er ein integrert del av aktiviteter og aktiviteten er ein integrert del av den læringa som skjer" (Dysthe 2001,s.43). Denne måten å forstå læring som situert, utfordrer den tanken at menneskers tenkning og handling kan ses på som en applikasjon av kunnskaper en har. Det situerte synet innebærer for eksempel at menneskers handling ikke kan reduseres til at de ganske enkelt følger innøvde regler for hvordan en skal løse et problem. Kunnskap handler ikke bare om å kunne løse et problem, men det handler også om å kunne definere situasjoner og avgjøre hva som er relevant. Situasjonen lærer så og si fra seg. Et slikt syn får konsekvenser for det å utvikle kunnskaper og ferdigheter i omsorg. Læring må skje i situasjoner der omsorg realiseres. Om denne læringstenkningen skal følges helt ut, må omsorgsferdigheter læres i sykepleier-pasient situasjoner, fordi det er i slike situasjoner at kunnskap om omsorg finnes og kan utvikles.

I denne prosessen med vekslingen mellom handling og tenkning om handling, er *erfaring* et sentralt pedagogisk begrep. Säljö skriver at læring er "evnen til å ta vare på erfaringer og bruke dem i framtidige sammenhenger" (Säljö 2001a, s.13). I forlengelsen av denne tenkningen er "den erfarne" eller "eksperten" i praksisfellesskapet av betydning. Den erfarne i kulturen er en som assisterer og veileder personen som lærer, og som gjør det mulig for den lærende å strekke seg mot større ferdigheter og større selvstendighet i utøvelsen. Säljö henter en modell for dette læringspotensialet fra Vygotsky som kaller det "zone of proximal development", den nærmeste utviklingssonen (Säljö 2001a). Som mennesker omgis vi, uansett situasjon, med en sone for nærmere utvikling. Det er sonen som ligger mellom det vi kan gjøre selvstendig og det vi kan oppnå med hjelp. Derfor vil det å samhandle med folk som kan mer eller som kan noe annet, bidra til å sette i gang en rekke utviklingsprosesser og på den måten vekke læring. Dette er en nøkkel til å forstå læring i sykepleierutdanningen og et prinsipp den har lang tradisjon på å bruke.

Nå har jeg beskrevet sentrale trekk ved 'omsorg' og 'læring'. Dette er begreper som er sentrale i studentenes læring av omsorgsferdigheter, og derfor et viktig grunnlag for denne studien. I det videre skal jeg gjøre meg noen betraktninger rundt premissene.

3.4 Ettertanker om hovedpremisser for studien

I dette avsnittet vil jeg ytterligere begrunne og sammenbinde det perspektivet jeg har valgt å forstå omsorg og læring i. Deretter vil jeg tenke kritisk om valg av min egen tilnærming i avhandlingen.

Valget av omsorgs- og læringsteoriene er gjort fordi begge tilnærminger bygger på tenkning som innbyrdes har en stor grad av forenlighet. Det kommer klart til syne i forståelse av at individet ikke kan forstås som isolert, men alltid er sammenvevet i en felles "skjebne" og forståelseshorisont med andre mennesker. For å sitere Bengtsson er livsverden en "oplevelsesvärld för mig och en värld som mitt liv er riktat mot och utspelar sig i" (Bengtsson 1999 s. 20). Kari Martinsen utvikler innsikter om omsorgens relasjonelle og situasjonelle karakter ved å tenke som en fenomenologisk filosof (Martinsen 1996). Hun får frem den gjensidige avhengigheten mellom subjekter. Relasjonene setter sitt preg på samspillet mellom subjektene i konkrete situasjoner.

Omsorg er nærhet mellom subjekter, i en årvåkenhet for den "andre" og hans/hennes perspektiv. "Sykepleie er omsorg i nestekjærlighet for det lidende og syke menneske der fagkunnskap og menneskelig nærvær er vevet i hverandre, uttrykt i aktelsens språk" (Martinsen 1996, s.38). Vi ser hvordan Martinsen lar det lidende menneske tre fram, og lar seg forstå innenfor en ramme av den "andres" premisser, slik det lidende menneske "viser seg" for sitt medmenneske i en appell om behov for omsorg. Hun går videre og beskriver forståelsen av subjektet, som en forståelse av menneskelig avhengighet til andre. Mennesket lever kroppslig og grunnleggende i et fellesskap der det trenger å bli hørt, lyttet til og tatt på alvor. Den fenomenologiske analyse forsøker å få fram det vi overser, i vitenskap så vel som i vår opptatthet av våre gjøremål, nemlig den sammenhengen vi går inn i (Martinsen 1996). Denne tenkning har jeg trukket med meg inn i den empiriske analysen, der læring av omsorgsferdigheter studeres.

I et situert læringsperspektiv finner jeg også en forenlighet med fenomenologisk tankegods. Begge betoner den levde erfarings betydning for menneskelig utvikling (Kroksmark 2006). På lignende måter som fenomenologisk filosofi forstår subjektet i dets relasjoner til andre mennesker, forstås læring i et sosiokulturelt perspektiv i et kommunikativt og sosiokulturelt samspill med andre mennesker som inngår i felles oppgaver og praksiser. I livsverdslige sammenheng danner mennesker og ting henvisningssammenhenger (Bengtsson 2006). I sosiokulturell læringsteori relateres handlinger og forståelse som deler av konteksten, der de skaper og gjensker kontekstene (Säljö 2001a). Dette legger føringer for å forstå studenters læring, ikke bare som personlig erfarte enkelthendelser, men som erfaringer som gir mening utover enkelthendelsene og der kontekster er en del av det som gir spesifikk betydning. Kunnskap læres i samspill mellom mennesker. Vi er kulturelle vesener som samspiller og tenker sammen med andre mennesker i hverdagslige aktiviteter. Slik den fenomenologiske analysen forsøker å få fram menneskets erfaringer i de sammenhenger det inngår i, er en grunnleggende tanke i sosiokulturell læringsforståelse at mennesket lærer ved å ta vare på erfaringer og å bruke dem i framtidige sammenhenger (Säljö 2001a). Jeg har festet meg ved en likhet i oppfatninger av det relasjonelle ved subjekter og det situasjonelle som karakteriserer subjektenes utvikling av erfaring og forståelse. Men hvorfor velge omsorg som et hovedbegrep i en studie av sykepleierutdanning?

3.4.1 Omsorg

Omsorgsperspektivet er valgt som utgangspunkt for denne studien på grunn av dets relevans for sykepleieryrket. Når jeg har valgt 'omsorg' som et gjennomgående begrep i denne studien, er det fordi omsorgsfull handling i sykepleie gir utøvelsen et kvalitativt særpreg. En liten, ureflektert kommentar kan virke sårende og være merbelastende for en pasient i en sykdomssituasjon. Motsatt kan et enkelt lite og bekræftende utsagn varme og gi opplevelser av respekt og verdighet. Det er derfor avgjørende viktig i arbeid med mennesker, at tilnærmingen preges av omsorg, og at utøveren er seg det bevisst. Omsorg er på mange måter satt under press i dagens samfunn. Det er sterke grupper som ivrer for en instrumentell rasjonalitet som behandler omsorg som vare (Rønning 2004). Det taler for å gi omsorg fornyet oppmerksomhet.

Det er imidlertid en side ved det å løfte fram 'omsorg' i sykepleierutdanningen, som er verd å reflektere rundt. Fagermoen (1996) reiser i sine "tanker om sykepleierutdanning" noen

begrunnede bekymringer rundt "omsorgens" uheldige innvirkning i utdanningen, fordi begrepet gis for stort rom. Hun er urolig for sykepleiestudentenes kvalifiseringsmuligheter til praktisk sykepleie og hun knytter sin uro til det hun kaller "re-introduseringen" av omsorg i sykepleierutdanningen (Fagermoen 1996). Det blir problematisk, hevder hun, når omsorg erstatter sykepleie; sykepleie reduseres til omsorg. Det Fagermoen synes å mene er at sykepleieryrket, med dets mangfold av kunnskapsgrunnlag, yrkets metodiske tilnærminger og utøvelsens problemløsende og praktiske karakter, ikke må "reduseres til omsorg" som noe allmennmenneskelig. Samtidig peker hun på, at en kan risikere å "utvide sykepleie til omsorg", der generelle mellommenneskelige omsorgsforpliktelser blir overordnet de faglige forpliktelsene i pleiesituasjonene. Omsorgsfokuseringen kan på den måten bidra til å usynliggjøre sykepleie og underminere studentenes kompetansebygging til praktiske sykepleiere (Fagermoen 1996).

Faren i Fagermoens advarsler er åpenbare. Ikke minst med tanke på den utviklingen utdanningen har hatt, etter at Fagermoen skrev sine bekymringer. Omsorg og annen filosofisk grunnlagstenkning har relativt sett, fått større rom i sykepleierutdanningen. Også Heggen fant å måtte advare mot det hun betegnet som "romantiseringen av sykepleiefaget" (Heggen 2000). "Er aktuelle stikkord for god sykepleie innføling og empati? Er sykepleie en særlig form for velutviklet menneskelighet? Hva kan årsaken være til "varmebølgen" i faget?" var bl.a. spørsmål som ble stilt (Heggen 2000, s.49). Det kan argumenteres med at vektleggingen av 'omsorg' i utdanningen kan ha fortrenget praktisk kyndighet hos den enkelte student. Dersom omsorg som tema, svulmer og fortrenger annen nødvendig kunnskaps- og ferdighetsutvikling i utdanningen, deler jeg Fagermoens og Heggens bekymring.

På den annen side er omsorg viktig, fordi det setter fokus på den etiske standard som sykepleie må utøves innenfor. Det er viktig at 'omsorg' blir et begrep som gir retning for utvikling av relasjonelle, praktiske og moralske omsorgsferdigheter. Martinsens beskrivelser av pleiesituasjonenes "vippeposisjoner" viser at det er skjøre verdier som står på spill. Som et begrep som rommer en kvalitet som er nødvendig å framdyrke, anser jeg 'omsorg' som egnet og nødvendig. Det er noe utdanningen kan bidra til å kultivere fram hos studentene. Ved å knytte 'omsorg' tett opp til en 'ferdighet' vil jeg i denne studien se hvordan handlinger i konkrete pasientsituasjoner gjenspeiler og uttrykker tillit, respekt og medmenneskelighet. Det er videre interessant å høre hvordan erfaringer med pasientene snakkes om i pleiekulturen og mellom studenter og lærere fra høgskolen.

Fra noen ettertanker om omsorgsbegrepet, beveger jeg meg over til læringsbegrepet.

3.4.2 Læring

Det sosiokulturelle læringsperspektivet legger vekt på læring knyttet til deltagelse i sosial praksis. Ved å betrakte utøvelse av omsorgsferdigheter som ulike former for sosial praksis, er denne læringstilnærmingen forenlig med fenomenet som skal undersøkes i denne studien.

Blant pedagoger har det imidlertid vært innvendinger mot deler av det læringssynet jeg legger til grunn, for eksempel i spørsmålet om forholdet mellom individ og fellesskap.

Marton (2000) reiser en kritikk til den ensidige oppmerksomheten mot det sosiale fellesskapet i det sosiokulturelle læringssynet. Hans kritikk går ut på at individuelle forskjeller i læringssituasjonene ikke er tilstrekkelig ivarettatt i dette læringsperspektivet (Marton 2000). Som svar gir Säljö uttrykk for at undervurderingen av individets betydning ofte er noe som tillegges det sosiokulturelle perspektivet. Han understreker nødvendigheten av å forstå *individets rolle* i fellesskapets praksis, slik at ikke samspillet og dynamikken i denne, går tapt (Säljö 2001b).

Det han framhever som vesentlig, er samspillet mellom mennesker som tenker, handler og som er brukere av redskaper i fellesskapet som gir læring. Han underkjenner ikke at det er individet som lærer; “Many things can only be carried out or learned by cognising individuals. In addition, a tool (be it a microscope, a ruler or a dictionary) is useful only when it is put to use by individuals in mediated action.” (Säljö 2001b,s.110). Poenget i Säljö’s argumentasjon er at læring foregår i *samspillet* mellom individet og fellesskap.

Å lene seg til tanken om at læring skjer i samspill og at kunnskap er noe vi utvikler i fellesskap, kan kanskje komme til å skygge over individets engasjement og ansvar for egen læring. En sykepleier som for eksempel står i en akuttsituasjon, kan ikke lene seg på praksisfellesskapet, men trenger individuelle kunnskaper og ferdigheter til rask og effektiv handling. For pasienten kan det i ytterste konsekvens stå om liv eller død. Disse betraktningene stiller meg overfor viktige utfordringer i det å finne sammenheng og balanse mellom individ og fellesskap, mellom individuelle og kollektive læringsformer. Det vil jeg forsøke å ivareta ved å holde bevisstheten om dette høyt i empirisk analytisk arbeid.

Så langt har jeg gitt en teoretisk innføring i prosjektet og presentert de premissene jeg har fundert mitt forskningsarbeid på. I neste kapittel skal kunnskaper og innsikter fra tidligere forskning knyttet til forskningstemaet beskrives.

KAPITTEL 4

TIDLIGERE FORSKNING

4.1 Innledning

Interessen for relasjonelle forhold mellom sykepleiestudenter og pasienter har vært økende de siste par tiårene (Suikkala, Leino-Kilpi 2001). Det kommer bl.a. til syne i antall forskningspublikasjoner som har vært stigende. Suikkala og Leino-Kilpi's oversiktsartikkel viser at hovedfokuset i belysningen av temaet imidlertid har vært fra et studentperspektiv, på deres erfaringer, oppfatninger og holdninger. Pasientperspektivet er i mindre grad gitt oppmerksomhet (Suikkala, Leino-Kilpi 2001). På denne bakgrunnen kan en undre seg over behovet for nok en studie fra studentperspektivet. I dette kapitlet vil jeg vise hvor det fortsatt er behov for forskning.

Det finnes et rikt tilfang av forskningslitteratur på temaområder knyttet til praksislæring i sykepleierutdanningen. Omfanget er langt mindre når fokus snevres til å utgjøre temaet for denne avhandlingen; *sykepleiestudenter og læring av omsorgsferdigheter*. I dette kapitlet presenteres tidligere forskning med relevans til temaet. Gjennomgangen av forskningen synes å avdekke at kunnskapen dels er knyttet til hva sykepleiestudenter *oppfatter* at omsorg er, og dels til hva de *opplever* omsorg som i møte med pasienter. I tillegg inkluderes en del forskning som er gjort av praktisk utøvelse av sykepleie som også omfatter omsorgsdimensjonen. Presentasjonen har endelig også et perspektiv på omsorgsdimensjoner sett fra *pasienters synsvinkel*. Før jeg presenterer forskningskunnskapen, vil jeg kort vise søkeprosessen for å komme fram til aktuelle artikler.

Søkeprosessen

Sentrale *nøkkelord* har vært ett kriterium i søk av relevant empirisk forskningskunnskap. Aktuelle *nøkkelord* for å dekke fokuset for denne studien har vært: omsorg, læring, sykepleiestudent, care, learning, student nurse. Ulike kombinasjoner av ordene har vært benyttet. I et noe utvidet perspektiv er også *nøkkelord* som profesjonslæring, erfaringslæring,

pasient, professional learning, experiential learning, patient perception, også benyttet. I all hovedsak representerer publikasjonene forskning som er utført på eller over Ph.D. nivå.

Videre har jeg forsøkt å oppfylle kriteriet om *internasjonal representasjon*. For å få dekket en internasjonal oversikt over temaet, har jeg benyttet meg av bestemte referansedatabaser¹⁰ og noen utvalgte tidsskrifter¹¹. Litteratursøk og gjennomlesning av forskningsbaserte tekster har foregått gjennom hele prosjektperioden. Ved søk på forskningsartikler har tidsavgrensningen vært satt til siste 10 år.

I presentasjonen av empirisk forskning vil jeg starte opp med det perspektivet som ligger tettest opp til min studie der fokus er kunnskaper om hvordan *sykepleiestudenter lærer seg omsorg*. For å gi leseren større muligheter til å få innblikk i hvordan jeg sammenligner studier vil jeg beskrive studiene noe utover det å skissere resultatene.

4.2 Sykepleiestudenter og læring av omsorg¹²

Hvordan omsorg læres

I en fenomenologisk studie fra USA beskriver Kosowski hvordan sykepleiestudenter lærer seg profesjonell omsorg i klinisk sammenheng. Datagrunnlaget utgjøres av sykepleiestudenters fortellinger fra pleieerfaringer med pasienter, som er innhentet ved intervju. Kosowski gjør et metodisk poeng av at studentene først forteller fra erfaringer i omsorgssituasjoner som etter forfatterens mening gir en større tilgang til forestillinger om hvordan de lærte seg omsorgsutøvelse. Det er først ved å sette ord på egen forståelse av opplevd omsorg i

¹⁰ *Referansedatabaser*. Valg av referansedatabaser og tidsskrifter er gjort med tanke på å dekke et geografisk så vel som et disiplinrettet område. *Bibsys* og *Norart* dekker norsk fag- og artikkellitteratur, samt mye av det nordiske. *Svemed+* dekker også nordisk felt. For å dekke det pedagogiske fagfeltet, er referansedatabasen *Eric*, som både har nordisk og internasjonal litteratur, benyttet. For å dekke det sykepleiefaglige fagfeltet benyttes *Cinahl*, som er verdensvid (men engelskspråklig). Og endelig er *Pubmed* tatt med for å få en oversikt over det medisinskfaglige. Denne har imidlertid gitt færre treff enn de andre. *Synergibasen* har gitt tilgang til et bredt tilfang fra ulike tidsskrifter med fulltekst tilgjengelighet på artikkel-tekster.

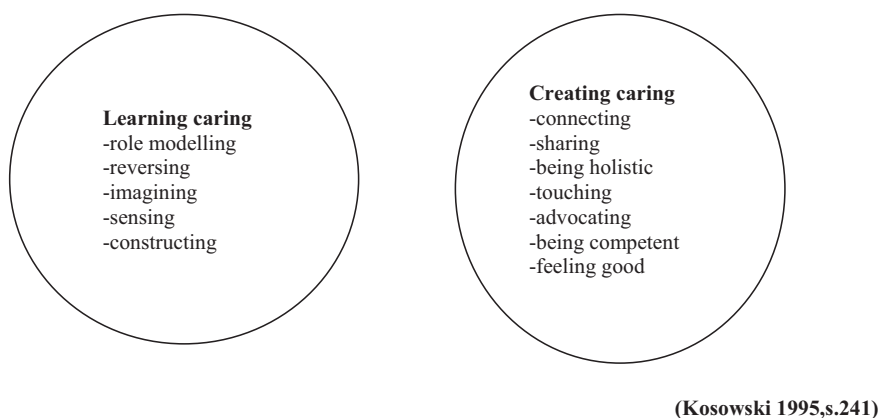
¹¹ Noen tidsskrifter er spesielt utvalgt til en periodisk gjennomgang for de 10 siste år med tanke på å finne aktuelle kunnskaper. Disse er: *Scandinavian Journal of Nursing Science*, *Journal of Advanced Nursing*, *Journal of nursing scholarship*, *International Nursing Review*, *Journal of clinical nursing*. Disse dekker både et nordisk og et internasjonalt perspektiv på sykepleierutdanning og på temaer om læringsspørsmål. Andre aktuelle tidsskrifter har vært: *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, *Vård i Norden*, *Nordisk Pedagogikk*, *Australian Journal of Advanced Nursing*, *Journal of Nursing Education*, *Learning in Health and Social Care*, *Nurse Education Today*

¹² I engelskspråklig litteratur brukes ofte "caring" som et vidt begrep, og gjerne synonymt med "sykepleie" eller "pleie" og "stell". I gjennomgangen av forskningslitteratur har jeg kun inkludert studier som befatter seg med "caring" i betydningen omsorg.

relasjoner til pasienter at studentene bedre kan beskrive hvilke erfaringer de har med å lære seg omsorg (Kosowski 1995).

Resultatene fra studien er tegnet i en modell som viser det å lære omsorg som to grunnleggende og interagerende prosesser. (Se Figur 2). I den ene *skapes* omsorg i situasjoner der studenter samhandler med pasienter. Samtidig foregår den andre prosessen, der studenter gjennom den første skapende prosess, tilegner og lærer seg omsorg på bestemte måter. Den skapende prosessen kjennetegnes av at det skapes *kontakt* (connecting), at studenter *deler* med seg (sharing), at de er *helhetlig* orientert til pasienten (being holistic), at de *berører* pasienten (touching), at de er pasientens *talsmann* (advocating), at de er *kompetente* (being competent) og at det å ha gitt omsorg etterlot en indre *god følelse* (feeling good) (Kosowski 1995). I denne skapende prosessen skjer samtidig også en lærende prosess. Den har flere kjennetegn:

Figur 2. Kosowski's læringsmodell (1995,s.241)



Å ha gode *rollemodeller* beskrives som en kraftfull læringsform. Studentene oppfattet rollemodellene på sitt beste i sykepleiere som hadde integrert omsorg som en måte å være på både overfor pasienter, men også overfor dem som studenter. Å se *motsatsen* (reversing) eller å oppleve personer som ikke er omsorgsfulle er en annen måte å lære noe om fenomenet. Møte med sykepleiere som opplevdes uprofesjonelle eller uten omtanke ga studentene en bedre forståelse av hvordan en omsorgsfull omgang med pasienter burde være. Denne beskrives som "paradoksets vei" til å lære seg omsorgsferdigheter. Kosowski's studie viser videre hvordan det å *forestille seg* (imagining) at studentene selv eller egne

familiemedlemmer var i pasientens sted, var enda en måte studentene refererte til som lærerik. Denne kreative og fantasifulle metoden hjalp dem til å få innblikk i pasientens egen situasjon, ønsker og behov. *Sansning* beskrives som ytterligere en måte å lære omsorg på. Bevisstheten om egne følelser, oppfatninger og synspunkter som kunne oppstå i møte med pasientene ble en måte å ”tone seg inn” på pasientens uttrykk, behov og situasjon. *Skapende* og konstruerende virksomhet (constructing) ble i tillegg identifisert som en læringsmetode. For studentene innebar det å gjøre seg bruk av tidligere erfaringer, personlige eller familiemedlemmers situasjon som kunne minne om pasientsituasjonen. (Kosowski 1995). Denne måten å forstå det å lære omsorgsfulle måter å ivareta pasienter på forutsetter deltagelse og *aktiv involvering i pasientsituasjoner*. Å skape og å lære blir to sider av en faktisk utøvelse. I forbindelse med denne studien vil dette kunne bety at forskningsfenomenet er å finne både i relasjonene mellom studenter og pasienter, men også i forholdet til sykepleiere som rollemodeller. Derfor vil det være fruktbart å rette forskningsfokuset på begge disse relasjonene for å søke forståelse for hvordan sykepleiestudentene lærer seg omsorgsferdigheter.

En annen artikkel diskuterer hvordan omsorgsutøvelse som skjer innenfor rammen av et pleiefellesskap, kan lede til at studentene ureflektert kan overta andres måter å gjøre ting på. Greenwood¹³ hevder at sykepleiestudenter som erfarer dårlig praksis lett overtar lignende praksis selv. Hun argumenterer med hvordan slett praksis bidrar til å redusere studentenes varhet og sensitivitet overfor pasientbehov (Greenwood 1993). Denne studien gir retning for oppmerksomhet på studentenes refleksjoner over det de opplever i pleiefellesskapet.

Ironside, Diekelmann, Hirschmann retter fokuset og utdyper fenomener i student-pasient relasjonen. I en analyse av sykepleiestudenters fortellinger om møte med pasienter, viser forfatterne hvordan den unike omsorgen læres når studentene *lytter og responderer* på pasientenes appell (listening and responding to the call of the patient). Forfatterne argumenterer for å understøtte studentenes læring ved å lytte til deres ”stemme” og utforske hva de opplever i deres kliniske møter med pasientene. Det ligger en dobbel appell i denne studien: for studenter å lytte og å respondere på pasientenes appell om hjelp og for lærere å lytte til studentenes ”stemme”. (Ironside, Diekelmann, Hirschmann 2005). Denne studien gir

¹³ artikkelen diskuterer problemet med ”desensitization” i sosialiseringsprosessen i en argumenterende artikkel.

innsikter i betydningen av å ha lærere som er i dialog med studentene om deres deltagelse i pasientsituasjoner.

Fra å lære omsorg som deltagelse i selve omsorgsutøvelsen, peker andre artikler på at det å lære omsorgsutøvelse har sammenheng med eget læringsmiljø og *hvordan en selv blir ivaretatt* i miljøet. I en kvalitativ studie beskriver MacNeil og Evans¹⁴ hva omsorg betyr for sykepleiestudenter, omsorgsopplevelser de har i utdanningssituasjonen og oppfatninger om grunntrekk i læringsmiljø preget av omsorg. Resultatene viser studentenes oppfatninger av omsorg som opplevelse av relasjonell sammenheng og tilhørighet. Et omsorgsfullt miljø gir støtte. Omsorg oppleves av studentene som tilstedeværelse og genuin interesse for hverandre og som gjensidig respekt mellom partene. I tillegg virker omsorg fram opplevelser av å være i utvikling (MacNeil, Evans 2005). Forfatterne argumenterer for å utvikle *dialogiske relasjoner* med studentene i den hensikt å utvikle omsorgsfulle læringsmiljøer for studentene.

Også annen forskning reflekterer kunnskap om hvordan omsorg læres ved at studentene selv får være gjenstand for omsorg. For eksempel kan det å være organisert i omsorgsgrupper i sykepleiestudiet øke studentenes varhet for, og forståelsen av hvilken betydning omsorg har for deres personlige og profesjonelle liv. Dette kan bidra til at studentene lettere aksepterer forskjellighet i gruppen og det unike ved andre personer (Beck 1991, Grams m.fl.1997, Wilson m.fl. 1997, Kosowski m.fl. 1996).

Beck har gjort en rekke undersøkelser om omsorg. Hun har undersøkt hvordan sykepleiestudenter opplever omsorg fra lærere (1991)¹⁵, om hvordan studenter seg i mellom opplever omsorg (1992)¹⁶ og om omsorgsrelasjoner mellom studenter og pasienter (1993, 1996). Mange av stikkordene som ble framanalysert fra disse studiene er de samme eller synonymer. Det kan handle om å være *oppmerksomt tilstede* for hverandre, å gi og å *dele av seg selv* og å gi *bekreftende støtte*. Det vises også til hvordan omsorgsfulle relasjoner bidrar til positive konsekvenser for eksempel selvtillit og styrket selvbilde. Denne forskningen synes å vise at det å lære å utøve omsorg overfor andre er noe dyptgripende, også for de som er utøvere av omsorgen. Dette kan i sin tur reise spørsmål om hvorvidt det er nødvendig selv å leve i omsorgsfulle relasjoner for å kunne bidra med omsorg til andre.

¹⁴ analyse av 70 studenters skriftlige nedtegninger

¹⁵ en fenomenologisk studie av studenters oppfatninger og erfaringer av omsorg fra lærere

¹⁶ en fenomenologisk studie av studenters beskrivelser av omsorg fra andre sykepleiestudenter

Mye av forskningen som er gjort i forbindelse med det å lære omsorg, peker på sammenhengen mellom selv å oppleve omsorg for å være i stand til å gi omsorg. Det refereres til en retning innenfor sykepleiedidaktikk som viser hvordan omsorg læres ved at hele utdanningsprogrammet hviler på omsorgstenkning (caring curriculum). Denne tilnærmingen, som gjerne kalles for ”anticipatory caring approach”, framstilles som radikalt annerledes i det å lære omsorg; der ”the knower and the known, the one-caring and the one-being-cared-for are both present, each modifying and shaping each other” (Bevis, Watson 1989, s.41). Sentrale talskvinner for dette standpunktet er: Bevis, Watson (1989), Dickelmann (1990), Bergmann (1990), Tanner (1990) og Redmond, Sorell (1996). Ut fra det som er presentert ovenfor er det derfor interessant i en studie av omsorgsferdigheter også å ha oppmerksomheten rettet mot studentenes egen opplevelse av å bli ivaretatt i studiesammenhengen.

I en helt annen tilnærming, en kvantitativ, eksperimentell studie¹⁷ fra Taiwan viser forskeren til læringseffekter ved *påminning* om hva som kan være omsorgsfull atferd. Sykepleiestudentene har med seg utsagn om omsorg nedfelt på et plastkort i frakkelommen når de er i praksis. Effekten måles ved pasienters opplevelse av sykepleiestudentenes omsorg (Caring Behavior Measurement) (Lee-Hsieh 2005). Resultatene tilsier at studentene i eksperimentgruppen viser signifikant større grad av omsorgsfull atferd overfor pasientene slik disse rapporterte sine opplevelser gjennom et kartleggingsinstrument. 8 studenter og 4 instruktører i praksis ble i tillegg intervjuet. De legger bl.a. vekt på plastkortets betydning som en påminning (Lee-Hsieh 2005). Bakgrunnen for å forstå læring av omsorg synes å være grunnleggende annerledes i denne studien. Her gjøres spørsmålet om det å lære omsorg til noe som handler om å huske på å være omsorgsfull. Det reiser spørsmål om omsorgsatferd er et spørsmål om påminning eller om det å lære seg omsorg mer handler om integrerte måter å være tilstede som sykepleier på.

Sykepleiestudenter og deres oppfatninger og opplevelser av omsorg

En del forskningslitteratur beskriver omsorg i et sykepleiestudentperspektiv uten at omsorg nødvendigvis sees i sammenheng med læring. Wilkes og Wallis¹⁸ har utformet en modell for

¹⁷ Studentene i eksperimentgruppen fikk utdelt et lite plastkort med nedtegnet eksempler på omsorgshandlinger (Caring Code).

¹⁸ Kvalitative data med bruk av spørreskjema og semistrukturerte intervju

omsorg basert på data fra studenter, som de kaller en teori om sykepleiestudenters mening om omsorg. Omsorgens kjerne beskrives som medlidelse. Medlidelse er forbundet med ulike omsorgshandlinger, som for eksempel å bry seg om, å skape vennskap. Omsorg og medlidelse aktualiseres overfor pasienter ved hjelp av kommunikasjon og ulike kommunikasjonshandlinger. Dette formidles gjennom ulike gjøre- og væremåter; så som å trøste, lindre, være hengiven, samvittighetsfull, modig og å utvise kompetanse. (Wilkes, Wallis 1998).

Beck¹⁹ fant fem kjennetegn ved student – pasienterfaringer. *Autentisk tilstedeværelse* handler om å være lyttende tilstede og å ”være tilstede” for pasienten. Omsorgserfaringer gir *positive konsekvenser* både for mottager og utøver av omsorg. Pasienter ga uttrykk for at de følte velvære ved å kjenne seg ivaretatt og ga ofte verbalt uttrykk for det, noe som skapte tillit i forholdet og bidro til selvtillit og styrket selvbilde for studentene. *Kompetanse* innbefatter det å være vel forberedt på oppgavene, kunne forklare og undervise. *Emosjonell støtte* innbærer studenters erfaringer med å oppmuntre pasienter, være fysisk tilstede og tillate følelsesmessige reaksjoner fra pasientene, eller det kunne være å ha tålmodighet i situasjonen. Å sørge for *fysisk velvære* og å støtte og hjelpe pasienten med godt håndlag og fysisk berøring, beskrev studentene som vesentlig i de erfaringene de hadde gjort med pasienter (Beck 1993).

I en senere studie følger Beck²⁰ opp temaet. Resultatene viser at sykepleiestudentenes møte med personer med aldersdemens ofte vekker *sterke følelser*, så som frustrasjoner, tristhet, frykt og medlidenhet. Studentene møtte utfordringer i møte med pasientene, for eksempel en høy barriere for å forstå hverandre. Slike vanskeligheter kunne gjøre studentene oppgitte. Noen studenter kunne fortelle om negative og uønskede utviklinger hos dem selv, for eksempel at de kunne bli *likegyldige* og mindre påvirkelige overfor forvirring, ”gjenstridighet og trassighet” hos pasientene. Men studentene fortalte også om *positive opplevelser*, som for eksempel at de kunne le sammen med pasienter, også i vanskelige situasjoner. De opplevde at det å komme tett inn på død også bidro til å oppleve livet som en gave, og de følte at de lærte mer om seg selv. Studentene kunne fortelle om gode opplevelser av *belønning*, for eksempel om en pasient endelig husket navnet deres når de hadde hatt omsorgsansvaret for dem i flere uker (Beck 1996).

¹⁹ En fenomenologisk studie av 22 sykepleiestudenters nedskrevne erfaringer med å utøve omsorg til pasienter

²⁰ En fenomenologisk studie av 37 sykepleiestudenters fortellinger fra møte med personer med aldersdemens.

Becks²¹ oversiktsartikkel om hvordan omsorg erfares av sykepleiestudenter gjennom sykepleierutdanningen, viser at de opplever omsorg i relasjoner mellom lærere og studenter, i forholdet studentene imellom, og omsorg opplevd med pasienter. I alle disse relasjonene uttrykkes omsorgsopplevelsen i lignende termer. Analysene ble oppsummert i fem temaer som var gjennomgående i: *nærvær, meddele, støtte, kompetanse, oppmuntrende effekt*. (Beck 2001).

Kosowskis²² studie av studenters opplevelse av omsorg i studiemiljøet fant at det å kjenne seg tilknyttet noen var viktig for dem og opplevdes omsorgsfullt. Videre var det å kjenne og oppleve støtte rapportert som viktig. Dessuten at studieaktiviteter var tenkt og virket ”til det beste for dem”. (Kosowski et al. 2001).

Det slår meg at i disse artiklene beskrives omsorg som relasjonelt, som et forhold mellom student og lærer, eller studenter imellom osv. Videre beskrives omsorg med begreper som signaliserer ivaretagelse, for eksempel nærvær, støtte osv. Derimot tematiseres ikke *forholdet mellom* aktørene i relasjonen. Det går ikke fram hvorvidt omsorgen er gjensidig mellom partene, at det for eksempel forventes at begge parter er støttende for hverandre, eller om forholdet er asymmetrisk, slik at en kan forvente mer av den ene parten i relasjonen enn den andre. Det er videre ikke tydelig hvorvidt det forholder seg forskjellig med omsorgen i en relasjon der partene i kraft av sine roller er asymmetriske, for eksempel om det forholder seg prinsipielt forskjellig hvorvidt partene er hhv lærer-student eller om det er student-student.

Når studentene representerer subjektet som trenger omsorg (for eksempel i relasjonen til lærer) kan en tenke seg at relasjonen ikke er å betrakte som gjensidig. Bildet snus opp ned, når studentene trer inn i omsorgsrelasjoner til pasienter. Studentene er imidlertid fortsatt i sine studieaktiviteter, og trenger til å være i aktiviteter som er virket til ”det beste for dem”.

Jensen (2006)²³ var i sin studie av sykepleiestudenter ikke primært opptatt av omsorg, men om det å være student i en feltbasert utdanning. Hun gjør en analyse av *studenters fellesskap*, som kontekst for læring og identitetsdannelse. Studien viser at sykepleiestudenter har relativt

²¹ En oversiktsartikkel på bakgrunn av 14 artikler publisert om teamet mellom 1990 og 1997

²² Intervju undersøkelse (semistrukturert)

²³ En observasjonsstudie, med fokusintervjuer av studenter, og der også skriftlige studentarbeider analyseres

stor oppmerksomhet på egne læringsprosesser. Det er for eksempel et gjennomgående element i samarbeids- og læringsprosesser at studentene er frustrerte. Av de ting som engasjerer dem er spesielt studieoppgaver som omhandler mellommenneskelige relasjoner, fordi studentene opplever at de da lærer mye om seg selv som menneske. Studenter som opplever at de ikke blir ”hørt” eller ”sett” av fellesskapet, trekker seg tilbake og blir mindre engasjert (Jensen 2006). Dette er interessante mekanismer som både viser betydningen av å kjenne seg verdifull i fellesskapet og det gjensidige i at det å lære om relasjoner til andre også innebærer å lære om seg selv.

Til nå har tatt opp og diskutert sammenhenger der studentene er utgangspunktet for omsorg. Den neste studien tar opp hvordan studentene *sanser* og fanger opp behovet for omsorg og omtanke hos motparten.

Eifrieds²⁴ fenomenologiske studie av sykepleiestudenters erfaringer i møte med lidelse, viste hvordan det å møte lidelse kunne innebære utfordringer i det å gripe og *forstå den andres lidelse*, om selv å kjempe med det *ubeskriverlige* og å komme seg gjennom erfaringen, om evne til å stå sammen med pasienten i lidelsen, eller å kjenne på lidelsens *smerte rent kroppslig*. Å stå i lidelsen opplevdes krevende, men kunne også være *meningsfylt*, dersom studentene fant å kunne være til noe hjelp for den som led. Møte med andres lidelse bidro til å gjøre studentene oppmerksomme på *egen sårbarhet* (Eifried 2003).

Det slår meg at forskningsartikler som beskriver omsorg i sykepleiestudentenes perspektiv, innhenter data fra studenter både i form av deres *opplevelser* av å stå i omsorgssituasjoner så vel som deres *oppfatninger* av hva omsorg er, uten å gjøre dette skillet tydelig. For eksempel når Wilkes og Wallis (1998) gjør sin studie benyttes et spørreskjema der det første åpne spørsmålet er: ”What is the meaning of caring to you?” Det andre spørsmålet lyder: “Describe an incident in which you have been caring to someone” (1.års student) eller “Describe an incident during yours last practicum in which you perceive you were caring to a patient/client.” Det er rimelig å anta at det å skrive ned oppfatninger om omsorg ikke nødvendigvis trenger å være det samme som når en opplever å stå i situasjoner og skal utøve omsorg.

²⁴ 13 sykepleiestudenter deltok i en intervjuundersøkelse. I tillegg skrev de ned sine fortellinger om det å møte mennesker med lidelse. Lidelsens karakter i fortellingene var forskjellige, men av relativt sterk og livstruende karakter. Det kunne for eksempel være studentenes møte med døende personer, personer som får budskap om tap av barn i trafikkuulykke eller om å oppleve å føde et dødt barn.

Noen artikler beskriver studenters opplevelser og oppfatninger av omsorg med *harmoniske* og positivt ladede begreper. Wilkes og Wallis har enda til harmonisert forbokstaven i fenomenet, slik de beskriver det i deres studie. De fortolker data om omsorg i åtte temaer; compassion, communication, comfort, competence, commitment, confidence, conscience, courage (Wilkes, Wallis 1998).

Et annet fenomen som blir synlig i gjennomgangen av disse artiklene er hvordan *tvetydigheten* i omsorgen i noen situasjoner kommer sterkere til uttrykk. Det er interessant å legge merke til når Beck gransker sykepleiestudenters opplevelser av pasienter med aldersdemens. Her vises mer av tvetydigheten som også ligger i omsorg. Følelser som frustrasjoner og tristhet kan også oppstå i situasjoner der en skal utøve omsorg (Beck 1996). Disse forbindes normalt ikke med omsorg. Slike følelser kan tvert imot føre til negative og uønskede utviklinger, som for eksempel likegyldighet.

Eifrieds studie (2003) viser noe av det samme. Sykepleiestudenters opplevelser i møte med sterk lidelse viser både utfordringene, empatien og medfølelsen i det å forstå andres ufattelige vanskeligheter. Det blir tydelig hvordan omsorgen ”slår tilbake” både ved å kjenne kroppslig smerte og å erkjenne egen sårbarhet.

For å summere så langt er det få forskere som har hatt *sykepleiestudenters læring av omsorgsutøvelse* som fokus for forskning, gitt de søkeord som her er benyttet og de referansedatabaser som er brukt. Det jeg har funnet av studier på feltet peker på at det å lære omsorg handler om to ulike, men sideløpende prosesser, der studentene dels er deltagende og utøvende i omsorgshandlinger, dels lærer om omsorgsutøvelse ved å være i dialog med andre, for eksempel pasienter, sykepleiere, lærere, familie osv. Tidligere forskning viser også at sykepleiere er viktige rollemodeller for studenter. Studenter kan lære mye god omsorgsutøvelse av gode rollemodeller. I samarbeid med sykepleiere som utøver slett praksis, kan studenter også ureflektert overta mindre god praksis. Gjennomgangen av artiklene viser betydningen av at lærere deltar i dialogen med studentene om deres erfaringer med pasienter. At studentenes læringsmiljø er preget av omsorg er også rapportert å ha betydning. Videre reiser denne presentasjonen spørsmål om omsorg som oppfatning og kognitiv mening kan ha en tendens til å harmonisere ”omsorgsutøvelse”, mens i praktiske situasjoner der omsorgen kommer i spill, blir også omsorgens tvetydighet tydeligere. Det kan

videre virke som om studenter reagerer og appelleres ulikt, avhengig av lidelsens karakter. Dette er interessante spørsmål i min studie.

4.3 Studier av praktisk utøvelse av sykepleie

Det finnes mye empirisk forskningskunnskap om det å lære praktisk kyndighet i sykepleie uten at det å utøve omsorg nødvendigvis er hovedfokus. Noe av denne forskningen inkluderer likevel omsorgsaspektet og hvordan omsorg utvikles. Det å lære seg praktiske ferdigheter var tema for Bjørks studie²⁵, og det inkluderer også det å være omsorgsfull i utøvelsen. Bjørk opererer med en ”vid” forståelse av ”praktiske ferdigheter”²⁶. Resultater viser at sykepleierne utviklet seg til å bli raskere og mer effektive, men handlet dårligere etter ett års yrkespraksis. Det manglet viktige substansielle elementer i utøvelsen og valg av sekvens og framgangsmåter var mangelfull. Evne til å utvise *omsorg i handlingene utviklet seg ikke i positiv retning* i denne perioden (Bjørk 1999).

Mens Bjørks studie synes å vise til en redusert kvalitet i utøvelse av ferdigheter i praksis og omsorg, viste Rask-Eriksen i en studie av sykepleiestudenters livshistorier²⁷ fra Danmark, hvordan en naturlig omsorgshabitus i utgangspunktet ble forringet gjennom studiet i sykepleie. Rask-Eriksen rettet fokus på hva den hverdags- eller livslærte omsorgskompetansen betyr for studenter og utøvere av sykepleie. Hun konkluderte med at det i sykepleierutdanningens yrkesfellesskap skjer en ”*dekvalifisering av pigers livshistoriske forutsetninger for omsorg*” og mener at jentenes kroppslige forutsetninger for å utøve omsorg ikke blir tematisert i skolen i form av en implisitt kroppslig læring. Det kroppslige ble tvert imot ”afmonteret” over tid og evnen til å møte den annens syke kropp ble ”afkodet” via sykepleieskolens kvalifisering (Rask-Eriksen 1992).

²⁵ En observasjonsstudie av nyutdannede sykepleiere på en sykehusavdeling som ved hjelp av video-opptak gransket sykepleiernes utøvelse av praktiske ferdigheter og hvordan disse utvikler seg i løpet av det første året etter endt utdanning. I tillegg ble sykepleierne intervjuet. Også pasientene som var involvert i situasjonene ble intervjuet.

²⁶ ”Praktiske ferdigheter” defineres som mer enn isolerte tekniske handlinger bestående av fingerferdigheter, riktig rekkefølge av trinnene i stellet og effektiv håndtering av riktig utstyr. De omfattes i tillegg av samhandling med pasienten, integrering av handlingen i et større perspektiv og omsorg for pasienten i den konkrete situasjonen. Kompleksiteten innebærer i en sum: substans, sekvens, nøyaktighet, flyt, integrasjon og omsorg.

²⁷ Denne studien har et annet metodisk utgangspunkt, med intervju, spørreskjema og kartlegging av sosial bakgrunn som datagrunnlag til å si noe om hvordan unge jenter utvikler det Rask Eriksen kaller ”omsorgshabitus”

Resultatene fra Ekeberghs²⁸ studie er ikke riktig så dramatiske. Hun viser at studentene riktignok har en omsorgsholdning, men at deres omsorgskvalifikasjoner i løpet av sykepleierutdanningen ikke løfter seg til et profesjonelt nivå. Ekeberghs studie viser flere forhold. Først og fremst at lærerne var anonyme og ikke maktet å levendegjøre kunnskapen for studentene. Individualisert og nyansert veiledning for å støtte studentene i selvrefleksjoner i møte med kunnskapen uteble. På denne måten tok læringen ofte utgangspunkt i studentenes livserfaringer og i en ”*naturligt vårdande hållning*”, som innebærer at en bevisst refleksjon uteble. Dessuten viser hun til at studentenes læringsprosess ofte var preget av å være en ensom prosess (Ekebergh 2001). Relatert til min studie vil det være interessant å legge merke til hvordan omsorgsferdigheter løftes fra et naturlig og allmennmenneskelig plan og inn i yrkesrelevante handlinger der fagkunnskaper og refleksjoner bidrar til å gjøre omsorgen profesjonell.

Der Ekebergh synes å påvise svakheter knyttet til bruk av kunnskaper og forvaltninger av disse i praktisk utøvelse, peker Lawler²⁹ på hvordan utdanningen ikke helt makter å gjøre studentene kyndige i mestring og håndtering av kropp. Lawler bringer på det rene at sykepleiestudenters totale uforberedthet i forhold til pasienters reaksjoner på kroppsnære handlinger ofte setter studentene i situasjoner av forlegenhet og sjenanse. Hun viser videre til hvordan pasientens kropp lett reduseres til et objekt for intervensjon i den sykepleiefaglige diskurs, idet den primært gjøres til gjenstand for spesielle oppgaver og prosedyrer. Hun vektlegger betydningen av å inkludere oppfatninger av ”levd kropp” i sykepleieres tilnærming til praktisk pleie (Lawler 1996). Hennes studie viser hvordan *relasjonene utfordres også i det å komme så tett inn på kropp*. Dette krever en forberedthet som sykepleierutdanningen i følge Lawler ikke synes å gi.

Christiansens³⁰ studie gir et bilde av læringsmuligheter for sykepleiestudenter som deltar i praktiske pleiesituasjoner og hvordan denne gradvis bidrar til å *kultivere egne personlige særpreg inn i en profesjonell rolle*. Deltagelse i pasientsamhandling gir anledning til å utvikle håndlag og inkorporere bevegelsesmåter gjennom øvelse, slik at oppmerksomheten kan frigjøres til relasjonsarbeid med pasienten. Christiansen peker også på hvordan studentene noen ganger ureflektert overfører egne vaner, erfaringer og forestillinger til pasienten.

²⁸ En fenomenologisk studie av sykepleiestudenters ”tilägandet av vårdvetenskaplig kunskap”. Intervjuer og analyser av sykepleiestudenters skriftlige beskrivelser av konkrete pleierfaringer.

²⁹ En observasjons- og intervjustudie

³⁰ Gjennomført med video-observasjon og intervju av norske sykepleiestudenter i en sykehusavdeling

Studentene *makter ikke å innta en distansert selvreflektert holdning*. På den andre siden viser også Christiansen til hvordan studentene *trekker veksler på egne erfaringer*. De viser varierende grad av refleksivitet og evne til å korrigere seg selv, både når det gjelder ferdigheter knyttet til pleierutinen, men også i relasjonelle ferdigheter (Christiansen 2003).

Bendz³¹ beskriver sykepleiestudenters ulike måter å avgrense og identifisere sykepleiesituasjoner ut fra i hvilke faser en er i utdanningen. I begynnelsen av utdanningen konsentrerte studentene seg om seg selv og sin egen læring. De fleste *endret sin posisjon av selvsentrering* ved å gå over til den pasientsentrerte kategorien i slutten av utdanningen. To og et halvt år etter studiestart hadde alle et endret perspektiv. Studien viste i tillegg at både studentene og sykepleierne delvis ble overlatt ensomme i det å skape sine kunnskaper. Det fantes ingen bestemt person de kunne diskutere profesjonelle spørsmål med (Bendz 1995).

I en studie³² av pleieres gjennomføring av morgenstell viser Olsen til to vesensforskjellige tilnærminger til pasienter i pleiarbeid. Den ene tilnærmingen er kjennetegnet av handlingsmåter som innebærer å *handle med pasientene*. Den andre tilnærmingen gikk ut på å *handle for pasientene*. Tilnærminger der pleierne handlet med pasientene var kjennetegnet ved en omgangsform der pleierne inngikk i et smidig samarbeid med pasientene og de fikk til det de kalte for ”naturlig samarbeid”. Pleierne stilte seg til rådighet for pasientene og søkte å gi pasientene muligheter til å forvalte friheten i morgenstellets handlinger. Den andre omgangsformen var mer preget av at pasientene tilpasset seg pleiernes handlinger, det var gjerne pleierne som visste hva pasientene trengte og hvordan hjelpen skulle gis (Olsen 1998).

De ulike studiene viser omsorg som et integrert og sammenvevd fenomen i ulike former for utøvelse. Omsorg kommer til uttrykk i tilnærmingsmåter til pasientene, i perspektiver en har i handlinger og i handlinger. Det at omsorg er så vidt tett sammenvevd i handlinger og holdninger gir retning for min studie, men ansporer også til å ”se etter” omsorgsferdigheter på disse områdene.

³¹ 33 sykepleiestudenter ble intervjuet ved fire anledninger (under og etter studiet)

³² Studien ble gjennomført ved avdelinger med mennesker som lider av aldersdemens. Erfarne pleiemedhjelpere, hjelpepleiere og sykepleiere var respondenter i feltobservasjonene. Formålet for undersøkelsen var bedre å forstå pleiernes handlingsvalg, handlingsmåter og kunnskaper.

4.4 Fra et pasientperspektiv

I granskninger av spørsmålet om hvordan omsorgsferdigheter læres kan det være interessant å se på undersøkelser som studerer hva pasienter opplever som omsorgsfulle møter med helsepersonell. Hva pasienter opplever som omsorgsfullt har betydning for i hvilken grad sykepleiere evner å møte deres omsorgsbehov på den måten pasientene forventer eller ønsker det.

I en fenomenologisk studie fra Island³³ beskrev pasientene et omsorgsfullt møte som det å bli møtt av personer som fungerer som ledsager og *støttepartner* i sykdomsforløpet. Å oppleve *gjensidig tillit* var viktig og en omgangsform som ga følelse av *solidaritet*, brukermedvirkning, velvære og helbred, ble rapportert som vesentlig i det å oppleve et omsorgsfullt møte. Et møte med fravær av omsorg ble karakterisert som hindringer i det å oppleve velvære og helbred, mistillit og frakobling/avbrudd. Det ga en følelse av mismot, nedbrutthet og bekymring (Halldorsdottir og Hamrin 1997).

Attree's studie³⁴ av pasienters og pårørendes opplevelse av omsorg viser at god omsorg oppleves når pleien er individualisert, at pasientens behov blir møtt på en *vennlig måte*, og ved at sykepleierne *involverer seg* og *bryr seg om* pasientene. Ikke så god omsorg ble betegnet som rutinisert praksis eller at hjelpen blir gitt på en upersonlig måte (Attree 2001).

Den norske sykepleieren Bengt Karlson viser fra en intervjustudie av personer som lider av mani, hvordan omsorg kan oppleves i det å *bli tatt på alvor*. Omsorg eksemplifiseres med et pasientutsagn: "Hun pleieren satte håp i meg. Jeg tror det var måten hun snakket til meg på" (Karlson 2006,s.9).

I denne sammenhengen er det også interessant at omsorg fra et pasientperspektiv kan oppleves annerledes enn fra et helsepersonell perspektiv. Resultatene fra studiene beskrevet ovenfor kan stå i motsetning til andre undersøkelser som kan vise at det pasientene er mest opptatt av er at sykepleierne er teknisk dyktige. Den norske sykepleieren Kirsti Kvåle undersøkte en gruppe pasienter med kreftdiagnose, der hun brukte kartleggingsinstrumentet; "Caring assessment instrument" (Care-Q). Studien viste at det viktigste for at pasientene skulle oppleve god omsorg var at sykepleierne var *teknisk dyktige*, kunne *håndtere nødvendige*

³³ Intervjuer av fem kvinner og fire menn i rehabiliteringsfasen etter en cancerdiagnose

³⁴ En kvalitativ semistrukturert intervjustudie, av 34 pasienter med akutt lidelse og 7 pårørende

teknisk utstyr, hadde mot til å være *ærlig* og nok *medisinsk kunnskap* til å vite når lege måtte tilkalles. Sykepleierne som deltok i samme studien mente på sin side at det å *lytte* og å *snakke* med pasientene var viktig for om disse skulle oppleve omsorg. Alle er interessert i god omsorg, men det er ulike oppfatninger av hva ”god omsorg” kan være (Kvåle 1999). Denne undersøkelsen ble senere fulgt opp med en intervju undersøkelse. Her fant Kvåle (2006) at pasientene ofte ikke forventer samtaler som er tidkrevende og vanskelige, men at sykepleierne stopper opp og viser interesse for dem som medmennesker og enkeltindivider. En lignende undersøkelse fra England viser for eksempel at det ”å lytte til pasienten” er den viktigste omsorgshandlingen. Pasientene rangerte omsorgsdimensjonene litt annerledes, der det å bli tatt på alvor rangeres høyt, men at såkalt ”instrumentell atferd”, som for eksempel å få fysisk stell, behandling og informasjon, også ble høyt verdsatt (Bassett 2002)³⁵.

4.5 Oppsummering

Dette kapitlet har bl.a. presentert forskning knyttet til temaet om hvordan sykepleiestudenter lærer seg utøvelse av omsorg. Den har gitt innsikter om det å lære omsorg som to grunnleggende og interagerende prosesser, der omsorg skapes i samhandling med pasienter, samtidig som den læres i dialog med andre. Gjennomgangen har dels vist til at omfanget av forskning i dette fokuset er lite, dels at den metodiske tilgangen til kunnskaper er gjort gjennom studentenes ”briller”. Det meste av forskningen er gjort som fenomenologiske studier på bakgrunn av data fra sykepleiestudenter. Det vil si at undersøkelsene er gjennomført ved å analysere intervjudata og studenters nedskrevne fortellinger og erfaringer.

På denne måten tegner forskningskunnskaper om sykepleiestudenters læring av omsorg et bilde av fenomenet omsorg slik det kommer til uttrykk som sykepleiestudenters *oppfatninger* og som *opplevelser*. Begge deler er framkommet i et studentperspektiv, slik de oppfatter omsorg eller slik de selv forteller at de har opplevd møtet med pasienter. Kunnskap om utvikling av omsorgsferdigheter slik andre observerer at det kommer til uttrykk i utøvelse og i læringsprosesser er i langt mindre grad belyst. Det er behov for å komplettere det eksisterende bildet med undersøkelser gjort gjennom observasjoner for om mulig å få øye på forhold som aktørene selv ikke så lett ser eller opplever gjennom egne utøvelser. Hva ligger som tatt for gitte forhold i omsorgsrelasjonene som ikke er så lett å få øye på selv? Hva unngår ens egen oppmerksomhet når en står nedsunket i gjøremål og læringsaktiviteter midt i

³⁵ En oversiktsartikkel

omsorgsutøvelse? Hva framstår som barrierer som hindrer læringsprosessene? Hva kan framstå som rike muligheter til å videreutvikle?

I denne studien vil jeg forsøke å fange inn studentenes deltagelse og samhandling med pasienter i konkret utøvelse av omsorg. I et fenomenologisk perspektiv vil jeg fange opp utfordringer i sykepleiestudenters bestrebelser på å lære omsorgsferdigheter gjennom bruk av feltmetodisk tilnærming. De neste to kapitler beskriver framgangsmåten i studien.

KAPITTEL 5

VITENSKAPSTEORETISKE OG METODISKE

REFLEKSJONER

5.1 Innledning

I dette og neste kapittel skal jeg presentere det vitenskapsteoretiske perspektivet som avhandlingen er skrevet innenfor, og de metodiske fremgangsmåtene som er brukt.

Vitenskapsteori og metode henger nært sammen med problemstillingen og det fenomenologiske begrepsapparatet som er valgt for å studere læring av omsorgsferdigheter. I dette kapitlet skal jeg beskrive det vitenskapsteoretiske utgangspunktet. Deretter redegjøres for metodiske framgangsmåter. Datakilden er sykepleiestudenters opplevelser og handlinger i kliniske studier som fanges opp gjennom bruk av observasjon, intervjuer og dokumentstudier fra kliniske arenaer hvor læringen forgår. I neste kapittel (kapittel 6) går jeg grundigere inn i fortolkningsarbeidet og drøfter troverdigheten av studien.

5.2 Vitenskapsteoretisk forankring

All vitenskapelig virksomhet er forankret i oppfatninger om hva som særpreger menneske, virkelighet og kunnskap. Oppfatningene kan være mer eller mindre eksplisitte og vil uansett legge noen føringer for valg av metodiske grep og for analytiske prosesser.

I min studie har fenomenologisk tankegods fra Husserl (1976,§27) og Heidegger (1981) som videreføres av den svenske filosofen Jan Bengtsson (1999, 2006) hatt en særlig betydning. Det er viktig innledningsvis å peke på at fenomenologi ikke er en entydig filosofisk retning og at fenomenologi brukes på en rekke ulike måter innenfor helsefag og medisin (Heggen 2006). Et av fenomenologiens kjente slagord er ”å gå til saken selv” og å studere fenomenet slik ”det viser seg” (Husserl (1976,§27)). Det forutsetter at det finnes *noen* som det viser seg for (Bengtsson 1999, 2006). I forlengelsen av en slik posisjon, ligger det i en fenomenologisk

tenkning noen premisser for forståelsen av subjektet og subjektets relasjon til verden. Å ”gå til saken”, er samtidig å vende seg mot et subjekt (Bengtsson 1999, 2006). Ved å forstå subjektet som et subjekt som eksisterer og er involvert i verden, brytes den tradisjonelle subjekt-objekt tenkningen. Med fenomenologien aktualiseres andre begreper som ”livsverden” og den ”naturlige innstillingen” til verden.

Husserl argumenterte for at det karakteristiske for mennesket er å innta en ”naturlig innstilling” til livet: ”Our first look upon life is that of natural human beings, imaging, judging, feeling, willing, *”from the natural standpoint”*” (Husserl 1976§27). Mennesket befinner seg i sin verden som det er fortrolig med og tar for gitt. I denne posisjonen lever mennesket med en førrefleksiv, naturlig innstilling til verden (Husserl 1976§27, Bengtsson 1999).

Det er menneskets måte å være i verden på som Husserl kaller for ”livsverden” (Husserl 1976§27). Det handler ikke om den ”objektive” verden, men det er den verden som alltid oppleves og leves i en relasjon til noe eller noen. Mennesket er nedsunket i sin livsverden og kan ikke unnsnippe eller tre ut av den. Vår egen livsverden må overstiges for å få kjennskap til andres livsverden. Fra vår livsverden lever vi sammen med andre mennesker. Dette er betegnelser som får frem at subjektet er bundet til andre subjekter i en felles virkelighet, som vi lever i til daglig og tar for gitt (Husserl 1976§27, Bengtsson 2006).

Det er i et kommunikativt forhold til mennesker i våre omgivelser, at det er mulig å overskride egen livsverden (Bengtsson 1999, 2006). Utforskning av andres livsverden er mulig gjennom dialog, kommunikasjon og interaksjon. For å kunne gripe andres forståelse og opplevelser av verden, må det til et møte mellom mennesker der mening utveksles gjennom språket som brukes i samtaler (Bengtsson 1999, 2006).

Fenomenologisk analyse forsøker å få frem det forskeren opplever, ser og hører, med en klar bevissthet om at han eller hun har et begrenset refleksivt forhold til erfaringene. Det handler om å fange forståelsen for de ting som vi er fortrolige med at de er som de er, om å få fram det betydningsfulle i situasjonen slik det viser seg for forskeren.

Å gå til ”saken selv” innebærer i denne studien å sette seg inn i sykepleierstudentenes erfaringer, opplevelser og vurderinger av sin egen læring så godt som mulig ut fra deres

premisser. Det å begripe andres erfaringer er en ambisjon jeg har, som samtidig inkluderer en bevissthet om det umulige ved ambisjonen om å forstå en annen helt og holdent på den andres premisser. Som forsker eller som student vil en alltid ha seg selv og sin egen erfaringsverden som forutsetning for samhandling og fortolkning, enten denne samhandlingen og fortolkningen går ut på forskning eller pleie av syke. I en fenomenologisk orientering forsøker jeg å tenke om relasjoner mellom mennesker allment, at det er relasjoner mellom subjekter. Dette inkluderer også relasjonen mellom forsker og student.

Videre får en slik tankeinnretning konsekvenser for hva jeg tenker om data. Data kan ikke forstås som rene fakta ute i en virkelighet, klare til innsamling. De blir til i en gjensidig skaperprosess hvor forskeren er deltager og ikke kan stille seg selv utenfor som en nøytral observatør. I metodelitteraturen er Wadel (1991) og Fossåskaret (1997) eksponenter for synspunktet om at data ikke blir 'samlet inn', men at data 'skapes'. Hvilket begrep som brukes om datas tilblivelse, er det ulike uttrykksmåter og oppfatninger om. Å 'skape' data, kan gi inntrykk av at en vilkårlig oppkonstruerer data fra feltet. Å 'samle inn' data, kan på den andre siden gi forestillinger om at data finnes "der ute" som en objektiv virkelighet, som sankes sammen. Å 'transformere' data, er kanskje en mer presis betegnelse på det som skjer når man ser en hendelse eller hører et uttrykk på ett nivå, for så å skrive det ut på neste, så fortolke inntrykkene og sette mening til dem på ytterligere nivåer. I denne avhandlingen bruker jeg likevel uttrykket 'å samle data', i en forståelse av at det er meg som initierer, observerer, intervjuer og transkriberer data til tekstmaterial. Samtidig har jeg forsøkt å etterleve grunnpremisen som er lagt for studien, nemlig at data blir til eller skapes i samspill mellom forsker og de forskeren studerer.

Forståelsen og dens sirkler

Fenomenologi knyttes ofte sammen med hermeneutikk, bl.a. i forbindelse med Heideggers fortolkende fenomenologi (Priest 2004, Bengtsson 2006). I mitt forskningsarbeid har jeg også tenkt i takt med noen vesentlige kjennetegn ved hermeneutikk som jeg kort skal peke på.

Heidegger bidrar til forståelsen om mennesket³⁶ og dets væren, karakterisert ved en væremåte som inneholder bevisstheten om seg selv i verden. Det er en dobbelhet i at mennesket er

³⁶ Heidegger bruker ikke betegnelsen 'mennesket', men innfører betegnelsen 'Dasein'. En ofte benyttet oversettelse til norsk er 'tilstedeværen', eller 'derværen', 'bevissthetsværen'. (Fløistad 1993).

bevisst og samtidig forstår seg som et bevisst vesen. Mennesket lever forstående i sin tilværelse. Og det er videre en gjensidighet i det at mennesket like mye påvirker, som påvirkes av det liv det er forbundet med (Heidegger 1981, Bengtsson 1999, Fløistad 1993). I slike flertydige og doble posisjoner lever mennesket og skaper mål og mening i sin tilværelse. Eksistensiell virkelighet er meningsbasert og handler om menneskets opplevde liv og opplevelse av mening i livet. Sann kunnskap er nært knyttet opp til en persons opplevelse av hva som er sant. Det som erfares av et menneske, oppleves også som sant for mennesket, "as the result of experiential sensing" (Guba, Lincoln 2005,s.203). I en slik tilnærming til virkeligheten er mening å finne i menneskets levde erfaringer. Menneskets opplevelser blir dermed interessante som forskningsfokus. Denne grunnforståelsen av menneskets måte å være i verden på, vil farge mitt "blikk" på aktørene i studien, av studenter som "lever forstående" i sine omgivelser og av meg som skal forstå og fortolke et allerede fortolket sosialt liv.

Som en form for grunnmodus i menneskets tilværelse, beskrives forståelse, innenfor hermeneutikken, som en erkjennelsesprosess og i en sirkelstruktur, over tid (Heidegger 1999). Ett hovedtema når det gjelder sirkelforståelse, har vært at mening i en *del* bare kan forstås om den settes i sammenheng med *helheten*. På den andre siden består helheten av deler og kan derfor bare forstås i lys av disse. Deler og helheter må derfor forstås i lys av hverandre. På denne måten har mine erkjennelsesprosesser vært preget av disse bevegelsene, for eksempel mellom del og helhet, mellom forforståelse og forståelse. Når jeg nå i etterkant kan betrakte mine analyseprosesser, ser jeg at analytiske grep har vært inspirert av og er kjennetegnet av "hermeneutiske sirkler" (eller spiraler). Helt konkret har det for eksempel handlet om pendlingen mellom mindre deler av datamaterialet og helheten. Delfokuset har gitt større spennvidde til helheter i materialet. Pendlingen mellom min egen forståelse og andres forståelse av mitt materiale, er et annet eksempel på de sirkulære analytiske bevegelsene. Det har foregått ved å konfrontere studentene, eller kollegaer og veileder med min forståelse. Gjennom hele arbeidsprosessen, og helt spesielt i avsluttende fase, har vekslingen mellom spørsmål og svar i avhandlingen vært enda en sirkulær bevegelse.

Om forenligheten mellom 'omsorg', 'læring' og vitenskapsfilosofi

Vitenskapsteoretisk har jeg forsøkt å bli så konsistent som mulig i mitt valg av utkikkspunkter mot 'omsorg' og 'læring'. For det første har hele tilnærmingen til forskningsfenomenet, vært å komme "tettest" mulig inn på det som skal studeres. Sykepleiestudentenes omsorgs- og

læringserfaringer har vært fokus og vært gransket slik ”som det presenterer seg” for meg som forsker. Det handler om omsorg som skapes gjennom samhandlinger mellom student og pasient og hvordan slik utøvelse læres. Forskningsinteressen sentrerer om hva studentene gjør og sier i sine egne forsøk på å virkeliggjøre omsorg i sykepleieutøvelsen. Det handler videre om de refleksjons- og læringsprosesser som finner sted mellom studenter, sykepleiere og lærere gjennom pedagogiske virkemidler.

5.2.1 Metodiske konsekvenser

I framstillingen av de vitenskapsteoretiske antagelsene har jeg antydnet noen konsekvenser for praktisk forskningsarbeid. Jeg vil her forsøke å tydeliggjøre noen følger som de grunnleggende antagelsene må få for metodevalg.

Forskningsmetoder ble valgt i den hensikt å sikre muligheter til å være lydhør og oppmerksom på studiefenomenets særtrekk (Bengtsson 1999, 2006). Metodene må kunne fange opp kunnskap som er mangfoldig, kompleks og ta opp i seg tvetydige og doble dimensjoner som mennesket lever i. Kunnskaper om hvordan studentene studerer og relasjonene aktørene i mellom, må gripes og utvikles i tråd med kunnskapens form. Bengtsson angir noen overordnede prinsipper ved valg av metode når en skal studere menneskers livsverden. Både mennesker som skal studeres og forskeren som studerer, er uatskillelig forbundet med sine livsverdener. Da må det ”skapes møter mellom verdener” og ”bygge broer mellom livsverdener” (Bengtsson 2006, s.40). Det er mulig gjennom *opplevelsesmessig* og *språklig* tilgang.

For å studere hvordan læring av omsorgsutøvelse skjer, vil jeg søke å forstå studentenes erfaringer med å stå i omsorgssituasjoner ved å komme så tett som mulig inn på dem. Det kan være situasjoner der studenter møter pasienter med omsorgsbehov, og der de yter praktisk hjelp i deres helsesituasjon til det beste for ham eller henne. Situasjoner der omsorg utøves kan også studeres i situasjoner der studentene forbereder seg til kliniske studier i praktisk trening i øvingsavdelingen. Også der forekommer situasjonene som appellerer til å ivareta hverandre. Situasjoner som studeres kan for eksempel være små episoder mellom studenter og pasienter, enkelthendelser, men også hendelser som sees og forstås som en del eller en side ved studentenes opplevde verden. Det interessante er å ringe inn forskningsfokusert omsorg realiseres gjennom samhandling og i en praktisk situasjon. Det er særlig interessant å

søke fram til innsikter av hvordan aktørenes handlinger, både deres kroppslige uttrykk, men også de verbale, kan forstås.

Ulike situasjoner kan bidra til variasjon og bredde i uttrykkene. Vel så viktig i denne sammenhengen er å forstå enkelthendelser i lys av aktørenes opplevelse, den sammenhengen de står i, og i den konteksten hendelsen foregår i, altså å søke et dybdeperspektiv i situasjonen. Ved selv å være tilstede i situasjonene, høre, se og oppleve hvordan omsorg utøves, kan viktig informasjon fanges inn. Typiske omsorgs- og læresituasjoner er situasjoner som er dagligdagse i sykepleien, som for eksempel morgenstell, hjelp til å spise og drikke, støtte og informasjon ved medisinske undersøkelser. Det kan for eksempel videre handle om å være med inn når studenten i behandlingsøyemed kontrollerer infusjoner, sjekker for blødning postoperativt, måler BT, eller vekt osv. Dette er eksempler på situasjoner der pasienter har behov for å bli ivaretatt i respekt og der studenter utfordres på følsomhet for den enkeltes behov. Situasjoner som er typiske er videre studiesituasjoner som er vanlige for studentene, som de lett vil kjenne seg igjen i, som foregår på deres tidlig- eller seinvakter. Det kan for eksempel være det å lære utøvelse av praktiske ferdigheter i møte det fremmede mennesket med hjelp i en atmosfære av nærhet og tillitsvekkende omgangsmåter.

Feltobservasjoner i en etnografisk tradisjon kan gi både opplevelsesmessige og språklige tilganger (Bengtsson 2006). Observasjoner av situasjoner der studiefenomenet naturlig foregår, åpner for muligheter til å forstå hvordan kliniske studier leves ut, hvordan studentene involverer seg i læringsaktiviteter og hvordan samtaler foregår mellom studenter og pasienter, sykepleiere, lærere og studentene imellom. En måte å komme tett inn på studentenes læresituasjon, ville være å følge dem med observasjoner i deres hverdag på vakter i kliniske studier. Ved å legge observasjoner til både tidlig- og seinvakter skaffes variasjoner av innblikk i læresituasjoner der omsorg utøves, både formiddager og ettermiddager i avdelinger.

Observasjon som metode er imidlertid uttilstrekkelig for å få kunnskap om menneskers livsverden, mener Bengtsson (Bengtsson 1999). Å nærme seg andres mening i sitt eget liv, krever en form for møte og dialog. Feltarbeid åpner også for kommunikativ tilgang til å komme nærmere studentenes livsverden, ved samtaler og utvekslinger i feltet. I feltet kan en observere det som skjer, høre på hva som blir sagt, fange opp reaksjoner og stille spørsmål. Feltsamtaler er, sammenlignet med avtalte intervjuer, av mer uformell karakter og ligner den

dagligdagse praten. Her kan forsker og respondenter spontant gi uttrykk for og diskutere mening i det som foregår (Wadel 1991, Fossåskaret 1997).

Analyser av dokumenter, i denne sammenhengen praksisark, er en annen ”bro” til studentenes livsverden. Her skriver studentene ut sine erfaringer med pasienter og reflekterer over disse. De skriver for eksempel om møter med pasienter som de har hjulpet, om dilemmaer som oppstod, om relasjoner som utspant seg og om reaksjoner på andres handlinger og væremåter. Disse gir interessante opplysninger om hva studentene erfarer og hva de tenker om og forstår av sine erfaringer.

Ved å ta i bruk *intervju* som en tilleggsmetode kan informasjon fra studentene styrkes. Intervju som metode gir gjennom språklig tilgang muligheter til å få kunnskap om studentenes livsverden. Studentenes egne fortellinger fra møter med pasienter, eller oppfatninger og forestillinger om omsorgs- og læresituasjoner, kan i tillegg være viktige bidra til å forstå hvordan omsorgsferdigheter læres. Bengtsson advarer imidlertid mot å forstå intervju som en direkte tilgang til andres menneskers liv og verden. Intervju kan inneholde informasjon på ulike nivå, der konstruksjoner av spontane, ureflekterte erfaringer, reflekterte erfaringer, selvforståelse og oppfatninger utgjør fire ulike nivåer av informasjon. Han anbefaler intervju som metodekomplement (Bengtsson 2006).

Fra vitenskapsteoretiske refleksjoner og betraktninger om metodevalg, skal jeg gå videre og beskrive hvordan metodene i feltarbeidet ble tatt i bruk.

5.3 Metodisk framgangsmåte

I dette avsnittet skal valg av og tilgang til forskningsfeltet angis, gjennomføringen av feltarbeidet beskrives og datagrunnlaget redegjøres for.

5.3.1 Forskningsfeltet

Valg av forskningsfelt

I den hensikt å studere hvordan omsorgsferdigheter læres, valgte jeg læringsarenaer der sykepleiestudenter har sine kliniske studier som forskningsfelt. Hammersley, Atkinson beskriver hvordan valg av miljø og utvikling av problemstilling gjensidig innvirker på

hverandre (Hammersley, Atkinson 1996). Jeg har valgt å gjøre observasjoner av hver enkelt student i utvalgte deler av deres kliniske studier i utdanningen. De læringsarenaene som ble valgt var sykehjem, øvingsavdeling og sykehus. I sykehjemmet får studentene sine innledende møter med pasienter, og der skal de lære seg grunnleggende stell og pleie av personer som er i behov av omsorg. Øvingsavdelingen er den læringsarenaen der studentene fritt og med egen læring som hovedfokus kan trene på mer avanserte prosedyrer som de skal kunne utøve i samband med sykepleietjenesten. På sykehuset møter studentene pasienter som får og gjennomgår medisinsk behandling og der sykepleie skal utøves i tråd med de behov for stell, pleie og omsorg pasientene har på de ulike avdelingene, knyttet til de ulike lidelsene de har. I denne studien inngår derfor observasjonsdata fra sykehjem, øvingsavdeling og sykehus.

I hjemmesykepleie og innenfor psykisk helsevern ville det by på spesielle etiske utfordringer å gjennomføre observasjoner. Pasientgrupper her er spesielt sårbare. Derfor valgte jeg å ikke gjøre observasjoner fra disse arenaene. Fra disse stedene utgjøres datamaterialet av studentenes studieoppgaver. Tre uker kliniske studier hos helsesøster, bl.a. i arbeid med barn, ble utelatt fra studien, fordi helsesøsterarbeid er å betrakte som spesialistarbeid og studentene kan ikke fungere i utøvelsen på egenhånd. Kliniske studier her preges av å være observasjonspraksis, mer enn en trening på utøvelse av omsorgsferdigheter.

I valget av utdanningssted som forskningsfelt, valgte jeg høyskolen der jeg selv er ansatt. Det å gjennomføre forskningen på eget arbeidssted kan ha noen fordeler, men også ulemper. Fordeler ved å kjenne til kulturen som en studenter kan gi en lettere tilgang til forståelse av hva som foregår. Både språklig tilgang og lokalt kjennskap, forenkler tilgangen til fenomenene som skal studeres. Det kan også ha sine ulemper å gjøre studier innenfor egen kulturkrets. For eksempel kan det være vanskeligere å få tak på alle de tingene som tas for gitt i en kultur. Videre er det ikke uproblematisk å skulle forholde seg kritisk granskende til et arbeid en selv står i. Det er ikke alltid enkelt å få øye på kritiske forhold ved eget arbeid. (Se også utdypninger i kapittel 6).

Tilgang til feltet

Tilgang til sykepleierhøgskolen som forskningsfelt ble søkt ved å sende skriftlig søknad til dekan ved sykepleierutdanningen (Vedlegg 1). På samme måte ble tilgang til institusjoner i helsetjenesten også søkt skriftlig. Informasjonsbrev ble sendt til de institusjoner og avdelinger der studentene skulle tilbringe tid i kliniske studier. I første omgang ble ledere på

sykehjem og sykehus kontaktet (Vedlegg 4). Disse foretok så den nødvendige forespørsel til aktuelle avdelinger. Jeg la vekt på å opprette personlig kontakt med avdelingssykepleiere i feltet. Derfor møtte jeg personlig opp i forkant av feltobservasjoner, i tillegg til å ha offisiell brevkontakt. På flere avdelinger så jeg anbefalingsbrevet fra institusjonsleder henge på oppslagstavla. Alle steder kjente jeg meg ventet og velkommen. En avdelingsleder skrev et personlig velkommenbrev forut for mitt oppmøte. Jeg oppfattet denne vennlige mottagelsen som en åpen holdningen til min studie, og som en tillitserklæring til meg som en utenforstående ”kikker” inn i deres opplæringspraksis av studenter. I første omgang kan dette forstås positivt, som åpenhet og en tillitserklæring i forhold til det å skulle beskrive deres veiledningspraksis. I et kritisk blikk, kan en også forstå dette som et ønske om å vise seg fra sin beste side og en (kanskje ubevisst) måte å forsøke å gi det beste inntrykket av egen praksis. For meg var det en lettelse og en god tilgang til et feltarbeid som jeg ellers skulle oppleve som ganske strevsom. Etter nærmere gjennomtenkning fant jeg at opplevelsen av strev kunne ha sammenheng med ubehaget å være i en ”kikker-posisjon”, det å ikke være en av de andre, og det å framstå som en som ikke hadde noe å gjøre, mens de andre ”sprang beina av seg”.

De pasienter og kontaktsykepleiere jeg kom i kontakt med, var gitt i og med studentene. For hver kontaktsykepleier ble det utformet en samtykkekontrakt (Vedlegg 5). For det meste opplevde jeg at kontaktsykepleierne var forberedt på at jeg kom. Informasjonen om hensikten med min tilstedeværelse bidro likevel ikke alltid til at pleieteamet ellers var orientert om hva jeg skulle gjøre der. Jeg opplevde at noen kunne være usikker på min rolle. En sykepleier spurte for eksempel om det var jeg som skulle veilede studenten den aktuelle dagen. Det gjorde meg oppmerksom på behovet for informasjon i pleietemaet også. Dette forsøkte jeg å gjøre på rapportsamlingen, i oppstarten av hver observasjonsdag i feltet. Alle avdelinger og alle berørte personer (pasienter og kontaktsykepleiere) åpnet for tilgang. Pasientene som jeg fikk være med inn til, ble i forkant forespurt av en sykepleier (Se også kapittel 6).

I utgangspunktet ville jeg unngå å være observatør i sammenhenger der lærerkollegaer var deltagere. Under observasjoner i øvingsavdelingen var dette ikke til å komme utenom, fordi studentgruppene hadde lærer med seg under studiene. Her fikk jeg imidlertid svært god hjelp av kursansvarlig lærer som sørget for organiseringen ”bak min rygg”. Lærere som ikke ønsket å ha observatør i sin gruppe, ble organisert på grupper med studenter som ikke inngikk i min studie.

I hjemmesykepleie og i psykisk helsevern, ble både studentenes kontaktsykepleiere så vel som lærere forespurt om tilgang til å benytte deres skriftlige kommentarer som ble gitt på studentenes studieoppgaver (Vedlegg 5). Lærere ble forespurt skriftlig via e-post. Kontaktsykepleierne ble forespurt av studentene.

I tilknytning til hver praksisperiode fikk studentene praksisforberedende informasjon i klassen. Disse oppsøkte jeg og de skulle vise seg å være interessante, både fordi jeg fikk en innsikt i dialogen med lærere i forkant av praksis, men også fordi jeg i pausene fikk tilgang til hva studentene ga uttrykk for til hverandre om forventninger, spenninger og gjensidige utvekslinger av erfaringer fra praksisperiodene. For tilgang til klassen ble ansvarlig kurslærer forespurt og klassen informert om bakgrunn for min tilstedeværelse. Jeg fikk også mye interessante innsikter fra andre studenter enn respondentene, når jeg traff dem mer eller mindre tilfeldig ute i praksisfeltene.

5.3.2 Feltforskningen

I denne studien er en kombinasjonen av observasjoner, samtaler og studentenes skriftlige studieoppgaver benyttet. Dette betyr samlet sett, at jeg utfordres på åpenhet og sensitivitet overfor det karakteristiske ved sykepleiestudentenes engasjement i omsorgs- og læresituasjoner i de ulike kilder til informasjon. Det krever vår oppmerksomhet for deres opplevelser i studiet og for hvordan deres erfaringer "leses" og forstås, så langt som råd er, på deres egne premisser. Det krever videre en ferdighet i å kommunisere undrende og spørrende til situasjoner, til handlinger og til utsagn.

Intervju

Det empiriske arbeidet i denne studien startet opp med å gjennomføre et forberedende intervju³⁷ med hver av studentene. Hensikten var at studentene og jeg skulle bli kjent med hverandre, og at jeg skulle få innsikt i deres tanker og oppfatninger om sykepleiestudiet og yrket. Spesielt var jeg interessert i å få høre deres bakgrunn for å begynne i sykepleien, og hva de tenkte og forestilte seg om det å skulle ta til med kliniske studier. Styrken i kvalitative forskningsintervjuer er å få fatt i de betydninger som virksomhet, personer og forhold har for studentene. Her vil forsker og student kunne sitte og samtale mer fordypet om spørsmål som

³⁷ For oversikt over intervjudata, se 5.3.3

angår deres opplevelser og erfaringer i det å stå i læresituasjoner i en omsorgspraksis. Formålet er å fange intervjupersonenes perspektiv (Fog 2004). Det første intervjuet med studentene ga innsikter som ble verdifulle som bakgrunn for å forstå øvrig empirisk materiale. Ved avslutningen av kliniske studier gjennomførte jeg et oppsummerende intervju med alle studentene. Disse ga innsikter om tanker og opplevelser studentene hadde etter å ha gjennomført sykepleiestudiet.

Intervjuene ble foretatt på steder der det var enklest for studentene å treffe meg. Det kunne være i dagligstuen, i kantinen eller i korridoren på sykehjemmet. Ett intervju ble foretatt i strålende maisol på gressplen foran sykehjemmet. Noen intervjuer fant sted på mitt kontor eller i et grupperom på høgskolen. Ett avslutningsintervju ble foretatt over en kaffelatte på kafé i byen. Det var studentene som foreslo hvor det var praktisk for dem å treffe meg.

Forholdet mellom spørsmål og svar i samtaler og intervjuer har betydning for datas innhold. Hvilke spørsmål som reises og hvordan disse stilles har betydning for hvordan intervjupersoner kan bidra med dypere innsikter. Mennesker er forskjellige i forhold til åpenhet når de oppfordres til å fortelle. Ulike spørsmål vil kunne ha ulik ”oppfordrende kraft”. Til begge intervjurundene hadde jeg noen stikkord på temaområder som jeg forsøkte å være innom i løpet av intervjuet. Disse fungerte som en guide³⁸. Ellers la jeg vekt på å prøve å forfølge temaer som studentene brakte på bane.

I en generell betraktning i det jeg ser tilbake på intervjuarbeidet, kan jeg se at min rolle i begynnelsen nok var litt for forsiktig og utspørrende i intervjuene. Etter hvert trente jeg på en litt mer offensiv tilnærming der jeg forsøkte å spille tydeligere ut mine egne umiddelbare fortolkninger. Jeg la inn muligheter for studentene til å korrigere, bekrefte eller avkrefte min forståelse. Særlig ut fra en erfaring der min egen veileder var sammen med meg i et intervju, fikk jeg et bilde på en alternativ tilnærming.

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd. Studentene ble i forkant spurt om det var i orden å bruke båndopptaker. Samtlige ga sin tilslutning. Jeg forsøkte å være oppmerksom på om det opplevdes ubehagelig å ha båndspilleren stående framme. Mitt inntrykk var at studentene

³⁸ Innledningsintervju: Fortell litt om deg selv. Bakgrunn for å begynne i sykepleien. Opplevelse av studiet til nå. Fortell om en spesiell lærerik situasjon i praksis.

Avslutningsintervju: Retrospektivt; fortell om en lærerik episode. Noe / noen spesielt betydningsfullt for studiet? Hvilken betydning har studieoppgavene hatt? Fortell om en pasientsituasjon du husker godt

”glemte” at den sto der. Transformeringsen av intervju til tekst, ble delvis gjort av meg selv, delvis fikk jeg hjelp av en person som hadde tilsvarende erfaring. Ulemper med ikke å ha skrevet ned alle intervjuetekstene selv, kan være mangelfull nedtegnings av kontekstuelle faktorer, for eksempel atmosfærer fra situasjonen, ting jeg tenkte på under intervjusituasjonen osv. For å styrke påliteligheten i innholdet, hørte jeg gjennom intervjuene og kontrollerte disse opp mot tekst. Det ga meg også muligheter til å notere metodiske momenter og å reflektere over mine egne ferdigheter i det metodiske håndverket.

Når jeg i ettertid leser intervjuetekstene, ser jeg at samtalene i innledningsintervjuene preges av at jeg ikke kjenner studentene. Avslutningsintervjuene kjennetegnes av at vi har felles opplevelser fra feltobservasjonene. Videre legger jeg merke til at styrken i intervjuene er der spørsmålene er av det ”borende” slaget, for eksempel av typen: ”du sa at dette har gjort noe med deg som person, kan du fortelle litt mer om det...?” Eller for eksempel: ”Du nevnte i sta at det har vært ”tøft”. Hva har vært det tøffe?” Et eksempel på intervjuetekst som jeg gjerne skulle hatt mer av, er hentet fra den teksten der veileder også er med på intervjuet. Her ser vi hvordan intervjueren tolker umiddelbart og gir tolkningen tilbake til studenten, som bekrefter (validerer) at fortolkningen er riktig. Aina snakker om oppfatninger og opplevelser rundt det å skrive praksisark.

”A: Nei, for jeg har opplevd ... faktisk noen som jeg kjenner ...”i morra skal jeg skrive dem alle fem” (praksisarkene – min tilføyelse) ... så har dem skrivd dem og så er det liksom fort gjort ... inn på biblioteket og finne litteratur ...”ja, det passer sikkert der” ... og så ... var de ferdig med det liksom, da ...

I: Det er liksom, det tenker jeg også, det blir så instrumentelt.

A: Ja, det blir det.

I: Liksom (noe som) skal ekspederes

A: (ivrig) Ja, akkurat ...”

Feltobservasjoner

Etter at innledende intervjuer var gjennomført, påbegynte jeg observasjonene³⁹.

Feltobservasjoner er en grunnleggende metode i virksomheter der studiefenomenet naturlig forekommer (”naturally occurring data”), fordi observasjoner er spesielt egnet til å gi tilgang til menneskelig handling og samhandling som skaper mening (Silverman 2005). Gjennom iakttagelser har jeg kunnet studere læring som skapes gjennom selve samhandlingen mellom student og pasient, men også i samspillet mellom student og kontaktsykepleier og studenter i

³⁹ For oversikt over feltnotater, se pkt 5.3.3

mellom. Observasjoner gir tilgang til hva studentene sier og gjør i sine bestrebelser på å utvikle erfaringer som sykepleiere. Utfordringer i å studere læringsfenomen er at læring ikke framstår som direkte observerbart. Iakttagelser av læring og forståelse av hvordan læring foregår, må knyttes opp til hvordan studentene deltar i den sosiale praksis og hvordan de uttrykker det de opplever og hvordan de snakker om sine erfaringer (Jfr læringsforståelsen i kapittel 3).

Feltobservasjoner var hovedmetoden i det empiriske arbeidet. Kledd i hvit arbeidsdrakt, med blokk og penn i lomma, entret jeg de ulike læringsarenaene, sykehjemmet først, deretter øvingsavdelingen, for så å avslutte observasjonene i sykehusavdelinger. De ulike arenaene innbød til ulik grad av deltagelse i observatørrollen. I øvingsavdelingen var jeg for det meste med som observatør, uten å delta aktivt i pedagogisk arbeid. Helt spesielt gjaldt det når studentgruppens lærer var til stede. De gangene jeg var i gruppene uten at lærer var med, tilstrebet jeg også å være tilstede utelukkende som observatør. Det hendte imidlertid at studentene stilte spørsmål av pedagogisk karakter. Da følte det unaturlig ikke å besvare spørsmålene eller demonstrere handlinger for dem.

I feltet forsøkte jeg å ha så bevisst forhold til mine egne måter å delta på som mulig. Fortrinnsvis ”diltet” jeg etter studentene i deres aktiviteter. Men når jeg var med inne hos pasientene, følte jeg det ubehagelig bare å stå rett opp og ned å observere uten å være delaktig i pleien. I alle situasjoner der jeg var deltagende i pleieutøvelse, var studenten hovedaktør og jeg tok rollen som studentens assistent. I situasjoner der min deltagelse ble stor, var feltnotatene betydelig mindre i omfang. Som en norm for meg selv tilbrakte jeg ikke mer enn 4 timer sammen med studentene (men heller ikke mindre). Dermed fikk jeg lagt inn muligheter til å skrive ut feltnotatene, helst samme dag. Dessuten ble to dager i feltet ikke lagt som påfølgende dager. Det skulle vise seg å være en god leveregel, da det var både krevende og energitappende å være observatør.

Bortsett fra på sykehjemmet, der jeg kom sent i gang med feltobservasjoner, hadde jeg en rettesnor for arbeidet at jeg skulle følge en student tre ganger i løpet av en praksisperiode, og fire timer hver gang. Videre alternerte jeg mellom å følge studentene både på tidlig- og på seinvakter.

Jeg møtte opp i feltet med spørsmålene jeg hadde stilt i utgangspunktet for prosjektet. Disse var åpne og ga muligheter til å ha ulike fokus for observasjonene. Det skulle snart vise seg at praksis ga overveldende anledninger til å notere ned handlinger, atmosfærer og samtaler. Utfordringen ble, slik jeg opplevde det, å fange hendelser som hadde relevans til fokuset for studien. I ettertid kan jeg si at en tidligere innsnevring av problemstilling, kanskje kunne bidratt til en bedre ”arkeologisk” dybdevirksomhet i feltet og mellom feltobservasjoner og analyser.

Feltobservasjoner ble skrevet ned på en liten blokk jeg hadde med meg. Stikkord for handlinger, utsagn, uttrykk, atmosfære, egne tanker eller spesielle følelser ble registrert og notert. Med jevne mellomrom trakk jeg meg litt til siden, inn på dagligstuen eller til kantinen, for å skrive ut mine inntrykk litt fyldigere. Også dette ble mer eller mindre stikkordsmessig. Av tidligere erfaringer med å transkribere intervju, visste jeg at dette ville bli tidkrevende. Derfor hadde jeg satt av tid (som regel en halv dag, og helst samme dag) mellom hver observasjonsseanse til å skrive ut inntrykk og observasjoner i feltnotater. Dette ble gjort på pc og data lagt inn på harddisk, slik at de ikke kunne være tilgjengelige for andre. Dataene ble ordnet under bokstaver tilhørende studentene. Parallelt med elektronisk nedtegning av feltobservasjoner, brukte jeg en loggbok til å skrive mine personlige referater, refleksjoner knyttet til metode, til faglige resonnementer og til teoretiske sonderinger, noe som anbefales av forskere (Fangen 2004). Disse loggbøkene har vært brukt til å hente opp igjen tanker og refleksjoner underveis i analysearbeidet.

Jeg oppdaget etter hvert at mine nedtegninger i første utkast, ikke ble tilstrekkelig utfyllende. Det vil si, når jeg tok dem opp igjen noen dager senere for gjennomlesning, kom jeg på ting jeg hadde hørt, sett eller tenkt, som ikke var kommet ned på papiret. Disse føyde jeg til. Det kunne handle om atmosfærer, som jeg godt husket og ikke hadde fått nedtegnet eller at noen kom inn på rommet og sa ting som jeg ikke festet oppmerksomhet ved, men som jeg husket i etterkant. Betydningen av å gjøre feltnotatene dypere og rikere gjennom ”expanding field notes” er beskrevet av Silverman (2005). Selv om jeg føyde til data, ser jeg nå i ettertid at jeg har flere data ”innabords” enn de som er å lese på papiret.

Dokumentanalyse

Studentenes skriftlige studieoppgaver forelå allerede som tekst. I begynnelsen samlet jeg alle typer studieoppgaver som studentene skulle levere, i den tanke at de kunne inneholde

interessante informasjoner om hvordan de tenker og lærer. Derfor ble praksisplaner, pleieplaner, praksisark, eksamensbesvarelser og forventningsbeskrivelser samlet inn. Etter hvert som jeg leste de ulike studieoppgavene, fant jeg praksisarket spesielt interessant i det å formidle hva studentene gjør, tenker, opplever og skriver om sine erfaringer. Derfor er praksisark det dokumentet som jeg benytter til analyse.

Dokumenter til analytiske formål har sine særtrekk. Avhengig av hvilken type dokumenter det er, forteller de forskjellige sider ved personene som studeres (Hammersley, Atkinson 1996). Derfor må dokumenter leses i det lys og til det formål de er skrevet.

Data fra praksisark må fortolkes i lys av å skulle fungere som et pedagogisk redskap, at det stilles forventninger fra utdanningen til besvarelsene, og i det lys forfattere (studentene) ønsker å presentere seg selv. Det er rimelig å tenke seg at studentene skriver praksisarkene primært på en slik måte at refleksjonene blir godkjent av lærer og at de slipper å skrive dem om. Praksisarkene vil derfor med stor sannsynlighet gjenspeile det studentene oppfatter at utdanningen etterspør og praksisarkene bør betraktes som en kommunikasjonskanal mellom studenter, kontaktsykepleiere og lærer. Det kan også være naturlig å tenke seg at studentene skriver praksisarkene i tråd med den hensikten som ligger bak dette pedagogiske verktøyet, nemlig at studentene gis anledning til å skrive om sine erfaringer og refleksjoner av disse. Det vil i så fall kunne gi oss innsikter og forståelse for hvordan studentene opplever og hvordan de tenker om det de opplever i kliniske studier. Med denne forståelsen høyt i bevisstheten, mener jeg at praksisarkene også vil kunne gi innsikter om på hvilke måter studentene tenker om det de gjør og hva de får av respons.

5.3.3 Datagrunnlaget

Kort oppsummert startet innsamlingen av data våren 2000 med intervjuer og ble etterfulgt av observasjoner. Observasjonene startet i sykehjem, videre ble det gjort observasjoner i øvingsavdeling og avsluttet i sykehus. Etter at de kliniske periodene var fullført ble det lagt på ytterligere en runde med intervjuer av studentene. De siste intervjuene ble gjennomført rett før studentene avsluttet utdanningen (våren 2002). I tillegg til at jeg både samtalte med studenter og observerte dem i ulike situasjoner på ulike arenaer samlet jeg også inn dokumenter som var utarbeidet av studentene selv, de såkalte praksisarkene som altså er studieoppgaver til bruk i de kliniske studiene og utarbeidet som pedagogiske redskap av

høgskolen. Data er følgelig skapt/innsamlet gjennom intervjuer, observasjoner og studentenes egne tekster og utgjør vel 420 sider.

Tabell 5. Oversikt over datagrunnlaget

STED	STUDENTER	VARIGHET	OBS.ØKTER	INTERVJUER	PR. ARK
Møtested ₁	6	1-1,5 t pr int	-	6	-
Sykehjem	2	4 t pr økt	2	-	1
Øvingsavd	6	4 t pr økt	15	-	-
Sykehus	6	4 t pr økt	16	-	11
Hjemmespl	2	-	-	-	14
Psyk.helsev	5	-	-	-	25
Møtested ₂	1	-	-	1	-
Lærerkontor ₃	1	1,5 t	-	1	-
Lærerkontor ₄	1	1,5 t	-	1	-
Møtested ₁	5	1-1,5 ti pr int	-	5	-

1 Møtested for intervjuer ble valgt av studentene selv. Se kapittel 5, s.79

2 Angir en mailkontakt med studenten som sluttet etter praksis i sykehjem. Det var mailkontakt knapt ett år etter.

3 En student erstattes i utvalget og det foretas et førstegangsintervju.

4 En student slutter etter kliniske studier i sykehus og det foretas et avsluttende intervju.

Intervjudata

Intervjudata er framkommet gjennom intervjuer som er gjort tidlig og sent i utdanningen. De aller første data fra studentene består av intervjudata fra totalt 7 studenter. Hovedtyngden av disse (6 stykker) ble intervjuet i deres 2.studiesemester, våren 2000. 1 student ble intervjuet det påfølgende semester (høst 2000) og grunnen var rent praktisk fordi en ny respondent ble innlemmet i utvalget. Intervjuene varte fra en til en og halv time, ble transkribert og utgjorde fra 8-13 sider pr intervju.

Like før studentene avsluttet sin utdanning gjorde jeg en ny intervjurunde. Disse ble foretatt våren 2002 og studentene var i sitt sjette og avsluttende studiesemester. Det var ett unntak: En student ble intervjuet i fjerde studiesemesteret før hun avbrøt sine studier. Dessuten hadde jeg email-korrespondanse med ytterligere en student som sluttet etter ett år i utdanningen. Varigheten på de avsluttende intervjuene var som for de første, fra 1-1,5 time. Disse ble transkribert og utgjorde fra 10-14 sider pr intervju.

Intervjudata, både de innledende og de avsluttende, består av totalt 14 intervjuer (inkl en mail). Det utgjør 148 sider intervjuetekster.

Observasjonsdata

Observasjonsdata er framkommet gjennom observasjoner som er gjort på tre læringsarenaer: i sykehjem, i øvingsavdelingen og i sykehus. Som en regel fulgte jeg den enkelte student tre ganger pr praksisperiode (bortsett fra på sykehjem). Videre tilbrakte jeg ca 4 timer i feltet for hver observasjonssekvens. En student avbrøt sykepleiestudiet etter praksisperioden på sykehjem. Denne studenten ble erstattet og fulgt opp i øvingsavdelingen og i sykehus.

Feltobservasjonene kom sent i gang i påvente av klarsignal fra etisk komité. Det resulterte i at observasjonsdata fra sykehjemmet ble langt mindre i omfang, enn data fra de andre arenaene. Data stammer fra to studenter på hver sin tidligvakt. På den ene siden gir disse to formiddagene svært rike og interessante data, der for eksempel varheten, nærheten, følsomheten, sårbarheten i omsorgssituasjonene ble svært tydelig. På den andre siden ser jeg at datagrunnlaget kunne ha vært fyldigere ved at flere studenter ble observert flere ganger.

Observasjonsdata fra de tre læringsarenaene består av totalt 33 økter med observasjon. Det utgjør 177 siders feltnotater.

Data fra praksisark

Data fra praksisark stammer fra kliniske studier i sykehjem, sykehus, hjemmesykepleie og psykisk helsevern. Noen studenter skriver praksisark for hånd, andre på pc. Lengden varierer fra 1-2 håndskrevet side eller fra $\frac{3}{4}$ - 1 maskinskrevet side. Med den tanken at jeg ikke ønsket å "mase" på studenter i en allerede travel studiesituasjon, var jeg litt passiv i å "purre på" levering av studieoppgaver. Derfor varierer antallet praksisark pr student. I noen perioder leverer ikke studentene praksisark.

De fleste praksisarkene blir kommentert av kontaktsykepleiere og lærere. Kommentarene fra kontaktsykepleiere er som oftest på noen få linjer. Unntaket finnes i et praksisark der kommentaren er på 1,5 håndskrevet side. Læreres tilbakemeldinger er også både hånd- eller maskinskrevne tekster. Disse varierer mellom $\frac{3}{4}$ - 1 side maskinskrevet, eller fra 1-2 sider håndskrevne sider.

Studieoppgaver består av totalt 51 pr. ark med kommentarer. Det utgjør 104 sider (noen maskinskrevne, andre håndskrevne) praksisark, inklusiv kommentarene fra kontaktsykepleiere og lærere.

Data fra intervju, observasjon og praksisark utgjør samlet et omfang av materiale som jeg mener er tilstrekkelig som grunnlag for å gjøre analyser og til å kunne si noe meningsfylt om det å lære omsorgsferdigheter. Det at data er samlet over en tidsperiode på ca 2 år av en tre års utdanning, vil antagelig bidra til å styrke innholdet ved at det kan gi innsikter om læringsutvikling over tid og at dette også fanger inn variasjoner av situasjoner på ulike tidspunkt i studieforløpet. Videre bidrar data som stammer fra ulike læringsarenaer og forskjellige kilder, til å styrke variasjonene i datagrunnlaget. Data gir muligheter til å se studentene i møte med ulike pasienter i ulike omsorgssituasjoner og i læresituasjoner med hverandre. Det å ta i bruk forskjellige datakilder har gitt innsyn i studentenes læringsaktiviteter, og innspill fra deres tanker, meninger og refleksjoner rundt erfaringer med omsorgsutøvelse.

Når jeg leser datatekstene i etterkant, ser jeg at jeg et stykke på vei har utviklet rike og interessante data om studenterfaringer. Ved bl.a. å ha en utdypende og spørrende tilnærming løftes interessante fenomener knyttet til omsorg og læring fram med variasjoner og med ulike nyanser. På den andre siden ser jeg også at data med fordel kunne vært ytterligere utviklet ved å stoppe opp ved interessante forhold, forfølge og utforske disse. I særlig grad så jeg dette i det analysene begynte å ta form.

Fra å ha redegjort for det vitenskapsteoretiske ståstedet og beskrevet metoder og datagrunnlag, vil jeg nå gå videre i neste kapittel å ta for meg analyse-, fortolknings- og vurderingsprosesser i forskningsarbeidet.

KAPITTEL 6

TOLKNING OG TROVERDIGHET

6.1 Innledning

I dette kapittelet skal jeg videreføre de vitenskapeteoretiske og metodiske refleksjonene, og særlig følge opp prinsipper og praksis i analysearbeidet. Skriveprosessen beskrives, og videre utdypes noen av de utfordringer jeg har møtt på i forskningsarbeidet i rollen som forsker. Dessuten beskrives forskningsetiske vilkår og praksis i dette prosjektet. Kapitlet rundes av med noen betraktninger om studiens troverdighet.

6.2 Analyseprosessen

Kvalitative studier preges av en åpen design hvor spørsmål og svar utvikles i samspill med datasamling og valg av teoritilfang. I kvalitativ forskning innebærer analyse å gjøre meningsskapende arbeid hvor dialoger med materialet er viktigere enn stramme analyseteknikker. Fenomenologiske refleksjoner foregår mer etter hovedprinsipper, enn å følge standardiserte analysemetoder. Det er ingen "hovedvej" til kvalitative analyseresultater, påpeker Olsen, men det betyr ikke at "anything goes" (Olsen 2003).

Fenomenologisk analyse følger prinsippet om å følge tett på undersøkelsespersonene og søke å forstå deres livsverden (Van Manen 1997). I denne studien har det handlet om å gripe mening i sykepleiestudentenes opplevelser og erfaringer i kliniske studier av det å lære og utøve omsorg. Analysene har foregått ved å ta i bruk noen gjennomgående *analytiske aktiviteter*. Videre kjennetegnes analyseprosessen av at den har foregått i *sirkulære* bevegelser. En "selvangivelse" presenteres for å vise hvordan analysene er gjort.

6.2.1 Grunnleggende analytiske aktiviteter

En grunnleggende analytisk virksomhet innebærer å utvikle kategorier eller å finne ”treffende merkelapper” på det en ser og opplever (Heggen, Fjell 1998). Det handler om å fortolke mening, sette ord på og beskrive tematisk det tekstene gir uttrykk for. ”Composing linguistic transformation” kaller Van Manen (1997) denne analytiske aktiviteten og framhever at dette ikke er en mekanistisk prosedyre, men en aktivitet som utfordrer kreative fortolkende evner. Aktiviteten ”transcends the experiential world in an act of reflective existence” (Van Manen 1997,s.97).

Det sentrale i analysearbeidet har vært å finne frem til mening og forståelse som kan belyse forskningsspørsmålene. Jeg startet ut med å søke faste retningslinjer for framgangsmåter i analyser, og deltok på kurs med Judith Corbin (Strauss, Corbin 1998). Det ga gode fornemmelser for hva analyse kan være. Spesielt bidro det Strauss og Corbin (1998) kaller ”microanalyse”, en nøye gjennomlesning og kategorisering av utvalgte tekster, til å gi meg erfaringer for hvordan tekstene kan ”åpne” seg for meg med utdypet mening (se eksemplet på s.91). Gjennom denne fant jeg trening i å forstå tekster på alternative måter.

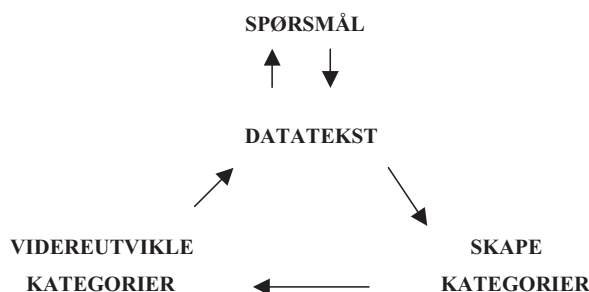
En annen grunnleggende aktivitet i analyse er å stille *spørsmål* til tekstene (Strauss, Corbin 1998, Fangen 2004, Kvale 1997). Med utgangspunkt i spørsmål, arbeidet jeg meg gjennom tekstene for å fange sentral mening. Overordnet ga forskningsspørsmålene retning og innhold til hva jeg så etter i tekstene. Å finne forskjeller og likheter i materialet, det å gjøre sammenligninger, har vært en annen strategi. Det å lete etter *motsatt mening* er en variant av det å sammenligne ved å søke ulikheter eller avvikende mening (Silverman 2005, Fangen 2004).

Et annet hovedprinsipp i en fenomenologisk analysetilgang, er en *aktiv bruk av forskersubjektet* (Bengtsson 2006, Alvesson, Sköldberg 1994). I denne sammenhengen har det betydd å aktivere selvrefleksjon og å være åpen og følsom for hvordan min forforståelse og min egen ”oppdragelse” i sykepleien har spilt inn i ulike sammenhenger og gitt umiddelbare fortolkninger av det jeg har sett og hørt. Disse grunnleggende strategiene har vært anvendt gjennom hele prosessen som har foregått i sirkulære bevegelser.

6.2.2 Faser i analyseprosessen

Analyseprosessen har vært en vekslings mellom å lese tekster, stille spørsmål til teksten og å finne mening, skape og utvikle kategorier i tråd med denne (Se figur 3). Arbeid med data er gjort i en induktiv tilnærming. Data er ikke analysert med bestemte teoretiske kategorier som utgangspunkt. På samme tid har teoretiske begreper og kunnskaper spilt sin rolle som en forforståelse og innsikter som har bidratt til oppmerksomhet og følsomhet for fenomenene i feltet, for eksempel kunnskaper om omsorg og læring (Se kapittel 6 om teoriens rolle i forskningsarbeidet).

Figur 3. Sirkulær analyseprosess



Analysevirksomhet under feltarbeidets gang

Analyse pågikk parallelt med feltarbeid, både under observasjoner og intervjuer, men også i tiden mellom observasjonsøktene og intervjuene. Ting jeg så og hørte vekket assosiasjoner og refleksjoner som jeg deretter fulgte opp i observasjon og spørsmål til studentene. Som observatør så jeg for eksempel friheten studentene har til å velge seg ut og inn av de ulike læresituasjonene. Det var mulig i denne fasen å presentere mine fortolkninger for studentene, som i sin tur kunne bekrefte, avkrefte eller utdype disse. Flere forskere legger vekt på betydningen av den analysevirksomhet som foregår under datasamlingen (Hammersley, Atkinson 1996, Thagaard 2003, Fangen 2004).

Etter transkripsjoner av intervjuer, nedfelling av feltnotater og innsamling av praksisark, forelå alle data i form av skrevne tekster i papirversjon. Analyser av disse har vært gjennomført prinsipielt i tre faser:

Første fase

Analyser av foreliggende datatekster ble innledet ved nøye gjennomlesning av tekstene. Disse ble lest på prinsipielt to forskjellige måter. Den ene gikk ut på å lese materialet knyttet til *enkeltstudenter*. Intervjuer, feltnotater fra observasjoner og praksisark fra Aina ble lest kronologisk slik de var produsert, så fra Berit osv. Den andre måten å lese materialet var med *læringsarenaer* som hovedfokus. Intervjuer og observasjonsnotater samt studieoppgaver fra sykehjem ble lest sammenhengende, deretter datamaterialet fra observasjoner i øvingsavdelingen osv. Lesning av tekster der fokus var læringsarenaer åpnet for eksempel for innsikter om forskjellene i disse. For eksempel så jeg mulighetene og begrensningene for læring av omsorgsferdigheter på øvingsavdelingen til forskjell fra læring i direkte møter med pasienter.

Parallelt med å lese tekster, fortolket jeg disse ved å skrive kategorier i margin med blyant. Dette gjorde jeg på samme måte i tekster fra h.h.v. feltobservasjoner, intervjuer og studieoppgaver. Konkret leste jeg ord for ord, en hel setning, og avsnitt i granskninger ut fra bestemte *spørsmål*. Hva var det jeg så, hørte og opplevde i feltet? Hva handler dette om? Hvem er aktører i denne læresituasjonen? Hva gjør aktørene? Hva går handlingen i situasjonen ut på? Hva er relasjonen mellom aktørene? Hva ligger her av uttrykk for omsorgsferdighet? Hva forteller det om studentens læring? Hvilke tanker gjør studentene seg om det de opplever? Hva skriver de om fra sine pasienterfaringer? Hvordan reflekterer de rundt disse? Hva betyr dette, hvis jeg tenker i tråd med Kari Martinsens omsorgstanker, og med sosiokulturell læringsforståelse? Osv. På denne måten opplevde jeg at tekstene ”åpnet seg” og flere spørsmål ble reist.

Videre søkte jeg etter *likheter og forskjeller* i tekstene. Sammenligninger ble gjort både mellom ulike studenter om samme fenomen og innen tekster av samme student. For eksempel viste feltnotatene fra sykehus at Dina ga til kjenne sin tilfredshet over at på dette praksisstedet fikk hun ”være student”. I intervjuet med Aina utdypet hun sine opplevelser av å ”få være student”. Geir hadde sine oppfatninger av det samme fenomenet som han ga uttrykk for i det siste intervjuet, osv. Hvordan ulike fenomener varierte hos en student kunne jeg for eksempel se da Dina i feltnotatene uttrykte oppgitthet over studieoppgavene som hun mente ikke primært opplevdes lærerike, men som måtte gjøres for å tilfredsstille læreren. I et praksisark fra kliniske studier i psykisk helsevern skriver hun ut refleksjoner og resonnementer som gir innsikt i interessante læringsprosesser. Slik bidro de ulike datakildene både til informasjon

om og nyanser i fenomenene. Intervjudata, feltobservasjoner og praksisark utfylte hverandre som kilder. Som en hjelp til å få oversikt, overførte jeg etter hvert de ulike kategoriene over på fargede post-it lapper og plasserte disse på en plansje.

Mening i tekstene formuleres i kategorier. Denne første relativt detaljerte gjennomgangen av tekstene, både fra intervjuer, feltobservasjoner og praksisark, bidro til å ”åpne” for mening og vise fram ulike forståelser i tekstene. Selv korte tekstavsnitt kunne referere til mange og ulike kategorier. Følgende eksempel på dette er hentet fra feltnotatene på sykehjem med Aina. Hun skal hjelpe en eldre dame med morgenstellet. Den eldre damen i teksten, benevnt som R, har bl.a en sår rygg, og vi går inn i teksten der Aina står og skal smøre ryggen. Følgende er et kort utsnitt fra feltnotater som til sammen er på 5 A4 sider, enkel linjeavstand:

BOKS 1. Utsnitt fra feltnotater

R: Bare smør løst ... ikke så hardt ...
A: Nei, da ...
R: sier noe om at hun ikke har hatt avføring
A: svarer at hun hadde avføring sist mandag (- for to dager siden)
R: repliserer, ja, men ikke noe større ... Hun forteller videre at hun får vanndrivende og kan derfor ikke tisse uten å true ...
A: spør om R drikker surmelk
R: svarer at det gjør hun ikke
A: ”hjelper det på magen med varm kaffe eller te?”
R: svarer benektende
A: sier hun kan se etter om det fins svsker på kjøkkenet
R: sier hun vet ikke hva det er (hører hun ikke...?)
A: forsøker å forklare ... ”tørka rosiner ...

Avhengig av hvilke spørsmål som stilles til tekstene, vil disse bidra med ulike innsikter. I det følgende avsnittet vises ett eksempel på hvordan spørsmål stilt til tekster, kan bidra med interessant forståelse. Dette skrev jeg bl.a. i refleksjonsmemos:

BOKS 2. Utsnitt fra refleksjonsmemos

Hvem er aktørene i denne læresituasjonen?

Hva gjør aktørene? Hva går handlingen i situasjonen ut på?

Hvilke faglige vurderinger kan gjøres av situasjonen?

Aktørene i situasjonen er en relativt fersk sykepleiestudent og en eldre dame som skal få hjelp til det hun trenger i sitt morgenstell. Det er primært sykepleiestudenten som skal lære i denne situasjonen. Formelt er hun fra skolens side plassert i et sykehjem for å lære omsorgsutøvelse og pleie til eldre mennesker.

Her forløper en *samtale* som den eldre damen initierer. Hun gir uttrykk for personlige behov som studenten besvarer konkret, tydelig med innsikter i kostholdslære. Utsagnet kan referer til en *følelse* av ikke å være tilstrekkelig tømt, eller det kan være tilfelle at hun ikke er nok tømt og er begynnende obstipert. Studenten svarer med objektive fakta, som hun sannsynligvis har observert og dokumentert – jrf. hennes grundige pleieplaner og tendens til refleksjoner over pasienter, som hun forteller om i intervju, før hun går inn til dem. Svaret til pasienten kommer også kontant – at hun hadde avføring på mandag, altså for to dager siden. Dette kan være korrekt observert av studenten, men kan selvsagt også være feilaktig observert. Det kan også være at pasienten riktignok var på do, men at hun ikke fikk tømt tarmen skikkelig.

Studenten forholder seg til objektive kriterier og observasjoner – forutsatt at de er korrekte. Det hun ikke synes å fange opp, er den utilfredsstillelsen som ligger i pasientens svar; "ikke noe større..." Det kan bety at pasienten faktisk fikk tømt tarmen, men ikke nok til å føle seg vel og "tømt". Det kan videre bety at personalet vurderer mengde avføring til å være tilstrekkelig til å kunne sette "strek på kurven". Altså at de dokumenterer tømning, uten å ta med i betraktning om pasienten *føler seg tømt*.

Studenten tar tarmtømmingsfunksjonen alvorlig ved å foreslå ulike kostholdstiltak. Hun åpner ikke opp for å høre mer om pasientens opplevelser på dette feltet.

På den andre siden kan det hevdes at oppmerksomhet mot utilstrekkelig tarmtømming ikke nødvendigvis gjør godt for velvære. Økt oppmerksomhet på feltet kan bidra til å forsterke ubehagsfølelsen ved at tankene hele tiden kretser om det. Det kan være at studenten tenker slik.

Det å komme på do er en kroppsfunksjon som har med velvære, ubehagsfølelse, men også helse i videre forstand å gjøre. Oppmerksomheten mot tarmfunksjonen øker gjerne med økende alder. Funksjonen blir gjerne tregere jo eldre en blir. Den økende tregheten bidrar til å øke oppmerksomheten.

Pasientens følelse av ikke å få latt vannet på normal måte, blir ikke tatt opp av studenten. Vanndrivende skal normalt ikke føre til at en ikke får latt vannet passivt, men må bruke bukmuskulatur og "true". Det kan hende studenten er klar over dette – eller ikke, og dermed vil ha et behov for å lære det. Som observant sykepleier bør det reflekteres over hva det kan være som gjør at pasienten må "true" – noe alvorlig en burde ta opp med lege?

Utsnittet fra feltnotatene ovenfor brukes her som et eksempel på hvordan et tekstutsnitt kan inneha ulike meninger. Jeg skrev følgende kategorier til denne teksten:

Varsomme hender

Studenten lar seg instruere

Viser pasienten oppmerksomhet

Pasienten tas på alvor

Faktakunnskap overordnet pasientopplevelser?

Samtaler om tarmfunksjon mens vask og smøring av rygg pågår

Mening mellom kategorier. Med utgangspunkt i tekster og kategorier ble spørsmålene så spisset: Hva kjennetegner studentenes omsorgsferdigheter i ulike pleiesituasjoner? Hvordan kommer læring til uttrykk som omsorgsferdigheter? Spørsmålene ledet til å lete etter svarene blant tekster og kategorier. Kategoriene ble lest og forsøkt forstått i lys av hverandre, og i forsøk på å finne og samle kategorier som tematisk var relatert til hverandre. Kategorier med

innbyrdes relevans kunne samlet oppsummeres i nye analytiske kategorier. Slik ble det stadig skapt nye overordnede kategorier fra allerede eksisterende kategorier. Det å søke å finne og å forstå mønstre og sammenheng i kategoriene innebar også nye gjennomlesninger av datamaterialet, for å se om kategoriene kunne gjenfinnes i andre deler av materialet. Som et eksempel vil jeg beskrive noen av de analytiske refleksjonene som ledet til å forstå og fortolke studentenes moralske sensitivitet og som sansende tilstede i pasientsituasjoner.

BOKS 3. Utsnitt fra analysedokument

Fra feltnotater på sykehjem forteller Erik at han reagerer på at hans primærbeboer ikke fikk beholde røyk og fyr inne hos seg selv. Jeg fortolker dette som en indignasjon på pasientens vegne, at hun ikke får være autonom og bestemme over egne ting.

Fra intervju på sykehjem forteller Aina om en situasjon som hun reagerte veldig på, "det er faktisk noe av det verste jeg har vært med på (...) vi følte vi skulle ha sagt i fra, men det ble så vanskelig, vi prøvde å hinte ... men så ville vi ikke ødelegge den relasjonen som var der da ... vi har skrevet den situasjonen etterpå, vi måtte gjøre noe, kan ikke late som ingenting heller, når du ser noe som ... huff nei, det er mange læresituasjoner her."

Reaksjoner på uforsvarlig utøvelse finner jeg igjen hos flere studenter. Berit forteller i intervjuet: "Så har jeg sett ei som behandler ... pasienten som en unge ... hun (pasienten) har prate (problemer) ... hun kan ikke svelge og ler som kommunikasjon, jeg vet at hun skjønner mye, for hun ler på de rette stedene. Hun reagerer på de rette stedene og jeg tror hun skjønner masse. Da blir jeg irritert når jeg ser at folk duller med hun sånn ..."

Charlotte har sin versjon av det jeg fortolker som det samme fenomenet. Hun forteller i intervjuet; "Det er mennesker man syns er gøy å jobbe med, og så er det andre ... som jeg kan være helt rysta over og som ikke er åpne for noe som helst (...) Og det er jo sånn jeg har sagt fra om ikke burde være her i det hele tatt ... hvor det er det rene overgrep egentlig. Jeg tror de kanskje er veldig dyktige, bytter på sår og ordner til mat og ... men som ikke har den respekten for de som er her og lydnivå og hygiene og det er en masse sånne ting som blir trampa over helt."

Slike og andre lignende opplevelser fortolker jeg som en reaksjon på det studentene opplever som moralsk uforsvarlig utøvelse. Ut fra disse og lignende refleksjoner ble kategorien formulert: **Moralsk sensitivitet**. Tematisk oppsummerte jeg den første analysegjennomgangen ved å vise til fortolkninger av sårbarhet i pleiesituasjonene, en sårbarhet som både referer til den sårbare situasjonen pasientene er i, men også sårbarheten som "rammer" studentene. De oppsummerte fortolkningene ledet til en undring over hvordan sårbarheten og sensitiviteten ivaretas i praksisfellesskapet. Jeg stilte nye spørsmål: Hvordan ivaretas og utvikles sensitiviteten i fellesskapet. Hvordan møtes studentene i deres sårbarhet? Spørsmålene ledet til nye runder av analyser i datamaterialet, nå med relasjonene mellom student og praksisfellesskap som fokus.

Andre fase

Denne analysegjennomgangen fulgte prinsippene fra forrige fase. Nye kategorier ble skapt ved lesning av tekstene som omhandlet relasjonene mellom studenter og kontaktsykepleiere i særdeleshett. På et tidspunkt overskred kategoriene det jeg så av studievirksomhet og studentenes beskrivelser av egne studieopplevelser. Mønstre og sammenhenger som jeg etter hvert ser, formuleres i kategorier som overtar for studentenes beskrivelser. Ett eksempel kan være når det begynner å demre for meg at studentene ønsker seg frie posisjoner i arbeidsfellesskapet, samtidig som de ønsker seg læringsutfordrende arbeidsoppgaver. Kategorien: **”Skal ikke arbeide, men skal ha et arbeid å gjøre”** ble nedfelt.

Tematisk ble fortolkningene i denne fasen oppsummert med innsikter om hvor avgjørende det var for studentenes opplevelse av å skulle lære, at de følte seg personlig mottatt og verdsatt. Analysene av relasjonene mellom studenter og kontaktsykepleiere viste at studentene i alt overveiende grad ble ivarettatt i læresituasjonene. Deres sansninger i relasjonene til pasientene, ble imidlertid i mindre grad tatt opp. Reaksjoner og relasjonelle forhold til pasienter blir i mindre grad tematisert, reflektert rundt og bearbeidet i faglige sammenheng. Det analytiske blikket på forholdet mellom studenter og pleiefellesskap ga et inntrykk av at omsorgspotensialet som studentene viste i omgangen med pasientene i begynnelsen av utdanningen, ikke ble videreutviklet og framdyrket og derved kunne være i ferd med å komme i bakgrunnen. Dette ledet til et nytt spørsmål: Hva er fokus for studentenes læringsaktiviteter?

Tredje fase

Tredje fase i analyseprosessen brakte meg til nye runder med å lese datatekster og de utviklede kategoriene. Igjen var spørsmålet som ble stilt, utgangspunkt for leting etter mening. Oppmerksomheten ble nå mer rettet mot å se temaene i større sammenheng og i lys av hverandre, og å løfte blikket mer mot systemnivå for å finne større sammenhenger og bredere tendenser i materialet. Som bakgrunn for å gripe mening hadde jeg nå både datatekster, utviklede kategorier, men også gryende forståelser av ulike sammenhenger. I denne fasen ble også lærings og omsorgsteorien aktualisert i forståelsen i sterkere grad, likeledes andre sykepleiefaglige diskurser og tidligere forskning på feltet. For eksempel ble det fenomenet at studentenes fokus og oppmerksomhet i læresituasjonene ensidig ble på å lære prosedyrer, assosiert med en tidligere diskusjon i sykepleie om ”gjøremålskultur” (Valset

1991). Videre, sammenholdt med Wengers⁴⁰ (1998) begrep om praksisfellesskapet, så jeg at oppgavefokuset kunne bidra til en utøvelse der oppgaver nettopp åpner opp for og inviterer til meningsdannelse i arbeidet.

Denne fasen ble avsluttet med å syntetisere og å skape en forståelse som utgjør hovedfunn i studien. Oppsummert viste fortolkningene at studentene får en **begrenset tilgang til refleksjoner rundt egne sanseerfaringer**.

Beskrivelsene som er gjort av analyseprosessene har implisitt vist noe om hvilken rolle teorien har hatt i arbeidet. Nå følger en eksplisitt redegjørelse.

6.2.3 Teoriens rolle i forskningsarbeidet

I avhandlingsarbeidet har teori og empiri gjensidig befruktet hverandre kunnskapsmessig. Jeg betrakter forskningsarbeidet som en empirisk studie, med en induktiv tilnærming. Det betyr ikke at "teori" ikke har hatt sin betydning. Jeg forstår "teori" som en forenklet skisse av virkeligheten (Johannessen m.fl.2006). Alvesson og Sköldberg framholder imidlertid at virkelighet ikke er en umiddelbar gitt "ren" empiri. Det finnes heller ingen empiri som er uavhengig av teori, men empiri er fortolkede "fakta", som i sin tur påvirker teorien (Alvesson, Sköldberg 1994,s.34). Teori og empiri veksler altså og samvirker til en gjensidig innvirkning på menneskelig forståelse og kunnskapsutvikling.

Denne forståelsen ligger også til grunn i min studie. Det var klart for meg allerede i forkant av studien (prosjektbeskrivelsen) at teorier om *læring* og *omsorg* ville være et viktig grunnlag for et empirisk arbeid, samtidig som oppfatninger av *hvilke teorier* (Martinsens syn på omsorg og sosiokulturelt læringssyn) som kunne være fruktbare, vokste fram forut for og i løpet av det empiriske arbeidet. Valget av Martinsens teori ble foretatt nokså tidlig i prosessen, før oppstart av empirisk arbeid. Forståelsen av omsorgstenkningens innhold har videre utviklet seg underveis, parallelt med det empiriske arbeid. Valget av læringsteorien ble endelig bestemt ut i det empiriske forløpet. Bl.a. ble forståelsen av erfaringens betydning for læring viktig som grunnlag for å velge denne teorien som grunnleggende premiss og forklaringskraft.

⁴⁰ Wenger viser til at "praksisfellesskap" bidrar til at oppgaver utføres i en ramme av virksomheter med felles mål. Det gir et fellesskap med innbyrdes opplevelse av å stå sammen om en felles virksomhet (1998).

Ikke minst har min egen forståelse av *innholdet i teoriene* beveget seg underveis i prosessen. Jeg har altså tatt utgangspunkt i noen premisser om hvordan det forholder seg med *omsorg* og *læring* i virkeligheten. Måten jeg betrakter⁴¹ empirien på, har klart vært preget av den forståelsen jeg har hatt om læring og omsorg. Utvidet forståelse av teoriene i takt med egen opplesning på feltet, har bidratt til forståelsen av empiri. Samtidig har data fra studenter og de omsorgssituasjonene de har stått i, vært medbestemmende for hvilke deler av omsorgs- og læringsteorien som skulle utlegges for studien. På denne måten har teori og empiri levd side om side i mitt forskningsarbeid og gjensidig befruktet hverandre.

Teoriene har vært premisser for forståelsen, for det blikket jeg har hatt på feltet og har utgjort de ”brillene” jeg har satt på meg både i datasamlingen og i analyseprosessene. Jeg forstår likevel min prosess som grunnleggende induktiv, der empirien har vært utgangspunktet for analyseprosessene. Det er tekstene som jeg har fra og om studentene, som har vært *utgangspunktet* for analyser, og som jeg har bestrebet meg på å fortolke og forstå så åpent som mulig.

Som et empirisk arbeid har læring av omsorgsferdigheter altså vært studert gjennom sykepleiestudentenes læringsaktiviteter, i møter med pasienter og i samhandling med sykepleiere og lærere. Parallelt og gjennomgående i alle ledd av forskningsprosessen har lesning av omsorgs- og læringstenkning, dels gitt meg nye forståelser av tankegodset, dels tjent til å opplyse og forstå de empiriske uttrykkene i materialet. I siste fase ble også studiens hovedfunn diskutert og ytterligere forsøkt belyst gjennom omsorgs- og læringstenkningen som har vært lagt til grunn. Helt spesielt bidro analysearbeidet til hvilke deler av Martinsens teori som kunne forklare og kaste lys over teorien, for eksempel innsikter om ”sansning”.

Nå har jeg omtalt hvordan jeg har gått fram med analysering, fortolkning og forståelse. Disse prosessene fortsatte inn i skriftliggjøring av studien. I fortsettelsen gir jeg innblikk i skriveprosessen.

⁴¹ Det greske ordet *Theoria* betyr ’det å se på’, ’betrakte’, ’granske’ (Johannessen m.fl. 2006)

6.3 Skriveprosessen

Å resonnere skriftlig

Ofte demret forståelse, mening og mønster i datamaterialet gjennom å nedfelle resonnementer skriftlig. Gjennom skriftlige resonneringer har tekst bidratt til tanke og tanke igjen blitt uttrykt i tekst. I enda større grad, har jeg skrevet ut analyser av sammenhenger i noe som jeg i utgangspunktet tenkte som kapitler for avhandling, men som i utallige utkast, ble forkastet. Å skape forståelse og ny mening har vært slitsomme og energikrevende prosesser, samtidig svært interessant når nye sammenhenger har demret i egen forståelse.

Det å sette ord ned på papiret om hva jeg forstod av studentenes opplevelser og erfaringer, har ledet til nye tanker om empirien som i sin tur igjen har gitt nye ord, og igjen nye tanker.

Richardson betegner dette som "word the world into existence" (Richardson 2000). På denne måten har mye av det analytiske arbeidet ikke alene vært et tankearbeid, men et tanke-skrivearbeid. Fuglestad (1997) kaller dette utforskende skrijving. Det er derfor ikke noe tydelig "vannskille" mellom analytiske skrifter og utkast til avhandlingen. De ulike kapitlene har vært skrevet om og om igjen. Med dette har jeg kommet over i det neste punktet; om det å skrive ut analysene i avhandlingskapitler.

Utfordringer i det å skrive ut analyseresultatene er å gjøre det på en slik måte at leseren får et godt bilde av studentenes bestrebelser på å lære seg omsorgsferdigheter. Jeg har bestrebet meg på å presentere empirien slik at leseren kan følge med på slutningene som er trukket på empirisk grunnlag. Jeg har prøvd meg fram på ulike måter.

Grunnleggende har jeg prøvd ut to ulike framstillinger. Den ene der studenten personlig utgjør strukturen; vi følger Aina, Berit, Charlotte osv. gjennom hele studieløpet. Med denne strukturen fikk jeg vanskelig fram de analytiske temaene som oppsummerte de poengene jeg hentet ut fra empirien. Den andre strukturen er slik avhandlingen foreligger nå. De analytiske kategoriene utgjør sentreringspunkter og strukturelle linjer i avhandlingen. I denne framstillingen blir studentenes opplevelser presentert som illustrasjoner for de variasjoner jeg ser innenfor de ulike analytiske kategoriene. Kapittel 7 skrives ut som det mest empirinære, og her kommer vi tett inn på studentene. Videre flyttes fokus i de påfølgende kapitler og analysen løftes i analytisk nivå.

Utfordringen har vært å skrive ut en kunnskap som i analysene har vært sirkulære, men som i tekst blir ”fokuserende” eller ”straightforward” (Richardson 2000). Litteratur om å skrive avhandling anbefaler å utvikle en ”rød tråd”, eller ”story-line” før man skriver ut resultatene (Polit, Beck 2004). Problemet slik jeg opplevde det, var at jeg ikke så hvordan den røde tråden skulle bli, før jeg hadde forsøkt å skrive den ut. Derfor ble det mange utprøvende tekster. Presentasjonen er videre forsøkt gjort slik at de analytiske poengene blir tydelige, men også slik at variasjonene i studentenes erfaringer kommer fram.

6.4 Forskerrollen

Forutsetninger

Å drive studier av og med mennesker er utfordrende fordi forskningsprosessen i seg selv vil resultere i endringer i det menneskelige samspillet. De som studeres er, i likhet med forskeren, subjekter med vilje, bevissthet, handlingsorientering og selvbestemmelse. Som forsker er jeg en del av den verden jeg studerer. Ord og innsikter flyter i begge retninger, fra feltet til meg og omvent. Dette avsnittet har til hensikt å utforske denne påvirkningsflyten for derigjennom å kunne antyde hvilken betydning denne kan ha for forskningsresultatet.

Fortolkning og forståelse av det som foregår i feltet skjer via dialoger (ikke bare verbale). Den ene er der forskeren ustanselig er i dialog med seg selv på et indre plan. Der nest foregår dialogen mellom forsker og de sosiale begivenheter i feltet (både personer og handlinger). Denne dialogen bærer i seg kjennetegn fra praktisk kunnskap fordi den har noe av handlingens flyt over seg. Kalleberg viser til hvordan vekslingen mellom nærhet og distanse i ”indre” (i forskeren) og ”ytre” (mellom forsker og feltet) dialoger, har betydning for resultatet av studien. Svekket en av samtale, svekket studien (Kalleberg 1996). De ulike dialogene foregår ikke isolert eller i vanntette skott. Slik er for eksempel forskerens dialog med seg selv klart påvirket av dialoger med feltet, med fagfeller og med teoriene som er lagt som premiss.

Den ubehagelige rollen

Når Kalleberg snakker om feltarbeid, refererer han til at man på norsk ofte bruker uttrykket ”felt” i forbindelse med ”krig” (Kalleberg 1996). Assosiasjonene til en indre slagmark er nærliggende for min opplevelse av deler av forskerrollen. Fra mine memos den 8.3.01, skriver jeg: ”Det slår meg at det er tungt å være observatør inni meg har jeg en trang til å flykte, avbryte, trekke meg ut og avslutte for dagen. Min regel om ca 4 timers observasjon pr. dag er god å ha ...” Det var

påfallende ubehagelig å innta en tilskuerrolle i en ellers aktiv og travel hverdag på institusjonene. Trolig hadde dette sammenheng med egen forforståelse; ”man går bare ikke rundt med henda i lomma, når en faktisk er i stand til å avhjelpe travle situasjoner!” At min rolle nå skulle være det å observere og analysere virksomheten måtte jeg stadig løfte opp for meg selv og tåle å utstå ubehaget. Rollen som observatør var langt mindre ubehagelig i situasjoner hvor jeg kunne være mer aktiv deltager og eksempelvis være en slags håndtlinger for studentene.

Betydning av den indre uro

Etter hvert trente jeg på å lære meg å fortolke min indre uro. En indre spenning kan skjerpe sansene for det som skjer. Uroen påkaller tenkning og bevissthet om hendelser. Bevisstheten om seg selv kan skjerpe blikket for de andre. Selvrefleksjon handler om å bli klar over egne følelser, forestillinger og fornemmelser. Som forsker kan det innebære muligheter til å forstå, der en får tilgang til prosesser i eget liv i skjæringspunktet med de personene en forsker ”på”. Forskerens egen følelsesmessige og teoretiske forankring er en styrke og i forskjellig metodelitteratur diskuteres refleksiviteten med vekt på betydningen i kvalitativ forskning (Alvesson, Sköldbberg 1994). Refleksjonenes betydning ligger i det at forskeren medtolker sitt eget ståsted, sin egen historie og sine egne interesser, og at forskeren er bevisst på at hun eller han fortolker allerede foreliggende fortolkninger i det sosiale liv. Denne ballasten gir muligheter til å se, fornemme og oppdage forhold som ellers kanskje er lett å overse. utfordringer i disse analytiske dialogene er å være seg dette bevisst.

Spenning mellom roller

En annen utfordring i forskerrollen var å skulle ”temme” den gamle tilvante lærerrollen. I en situasjon i klinisk praksis opplevde jeg at en student skulle hjelpe en nyoperert pasient ut på badet for å dusje. Pasienten var slapp og trengte støtte. I tillegg hadde hun både et intravenøst drypp og urinkateter med pose. Det ble for mye for studenten å manøvrere, så hun hang pasientens urinpose i sin egen lomme. Min umiddelbare tanke var at dette verken var hygienisk eller estetisk. Det skapte en trang i meg til å korrigere handlingen. Jeg motstod trangen og episoden ga verdifulle betraktninger om hvordan man i et yrke skal kunne lære å håndtere de ”1000 små ting”, slik at summen blir en forsvarlig yrkesutøvelse. Selv ble jeg klar over hvordan lærer/sykepleierblikket styrte min oppmerksomhet mot lærerrollen og det jeg var vant til å tenke som estetisk og hygienisk brudd.

Hvordan mitt ”blikk” kunne være en typisk lærers framfor en forskers, ble jeg oppmerksom på ved mine første reaksjoner på studentenes vegring mot å skrive praksisark. Jeg stusset over det jeg tenkte på som deres manglende evne til å forstå det å skrive praksisark som en god, bevisstgjørende læringsmetode. Det var først etter noen runder med å skrive ut analyser om fenomenet at min interesse endret seg mot spørsmål som: hvorfor reagerer studentene som de gjør? Hva kan praksisarkene fortelle om relasjoner mellom student/lærer/kontaktsykepleier? Kan vegringen si noe interessant om læringsprosesser?

Roller handlet ikke bare om min egen håndtering av rollen som forsker, men også hvordan andre i feltet forstod min rolle. Fordi studentene like gjerne oppfattet meg som lærer framfor forsker, kan det være nærliggende å spørre: hva fikk jeg ikke se eller oppleve fra studentene? Hva unnlot de eventuelt å snakke med meg om?

Ubehaget ved å være gjenstand for observasjoner

Som forsker opplevde jeg at andre aktører (enn studentene) kunne oppleve det å bli observert som ubehagelig og brysomt. Studentenes kontaktsykepleiere for eksempel, skulle ikke ut i fra studiens metode observeres direkte. I rollen som kontaktsykepleier ville de likevel bli gjenstand for observasjoner. At personalet på institusjonene kunne oppleve det uvant å ha en person som bare gikk rundt og kikket, ble jeg spesielt oppmerksom på, da en av sykepleiestudentene som ikke selv var deltager i min studie, kom smilende bort til meg en morgen og sa med et vennlig: ”Går du her og snoker igjen”. I et forsøk på å redusere dette ubehaget, tilstrebet jeg å være åpen og inviterende til samtaler. Jeg prøvde å delta i andres samtaler der det var naturlig, for eksempel når praten gikk på kjøkkenet under matservingen. Det virket for meg som opplevelsen av å bli observert ble mindre brysom når vi kunne snakke sammen i naturlige sammenhenger.

Å forske i egen kultur

Det feltet jeg har valgt å gjennomføre studien i, er ”min egen kultur” i dobbel forstand. Sykepleierutdanning og kliniske virksomheter er steder jeg har hatt som arbeidsplass hele min yrkesaktive periode. Dessuten har jeg valgt å gjøre denne studien på høyskolen der jeg har min daglige arbeidsplass. Dette betyr for eksempel at jeg kjenner alle på skolen og mange i praksis. Språket (yrkesspråket) er jeg fortrolig med og jeg deler virksomhetenes grunnleggende antagelser og kunnskapsgrunnlag i stor grad. Det som tas for gitt i kulturen vil også jeg antagelig ta for gitt.

Å gjøre studier innenfor egen kulturkrets reiser noen prinsipielle spørsmål og grunnleggende utfordringer. Paulgaard (1997) diskuterer på et prinsipielt grunnlag muligheten til å oppnå analytisk distanse når en studerer eget samfunn. Utgangspunktet er to motsatte posisjoner. På den ene siden kan den analytiske distanse som kreves i et vitenskapelig arbeid være ytterst vanskelig å oppnå for en som studerer en kultur vedkommende selv er en del av. På den andre siden er den posisjonen at det nærmest er umulig å forstå fremmede kulturer. Utfordringer her er at en som kommer innenfra vil ha problemer med analytisk distanse, mens en som kommer utenfra vil ha problemer med å komme innenfor hva forståelse angår. Paulgaard reiser spørsmålet om det å drive feltarbeid innenfor eller utenfor egen kulturkrets egentlig er så grunnleggende. Poenget er at selv om en forskers forutforståelse øker farene for kulturblindhet, er det ikke å forstå som en feilkilde som må elimineres. Tvert imot er forutforståelse forutsetninger for innsikt (Paulgaard 1997).

I en oppmerksomhet for at kulturfortrolighet kan føre til kulturblindhet, har jeg i min studie nettopp forsøkt å arbeide for å søke å forstå og å "se" det som i kulturen tas for gitt. Selv om jeg selvfølgelig ikke har sett alt som er å se, har mitt kjennskap til kultur og yrkesutøvelse gitt innhold til mange av analysene som jeg har gjort. For eksempel når jeg viser til at studentene ikke får tilgang til den situasjonsbaserte kunnskapen som er i pleiesituasjonene, ville det vært umulig å vise til, om jeg ikke selv hadde hatt denne innsikten på forhånd (for eksempel kapittel 7,s.132). På denne måten har jeg også kunnet bruke "meg selv som informant", som Wadel kaller en slik posisjon (Wadel 1991). Forutsetningene for å kunne bruke egen forutforståelse som en kilde til kunnskap, er at den er bevisst og eksplisitt. Det har jeg gjort på flere måter i avhandlingen, både ved å gjøre de teoretiske premissene for forskningen kjent (kapittel 3), men også å beskrive mine antagelser eksplisitt inn i fortolkninger, som når jeg skriver om min forståelse av "å pusle om", ut i fra egne erfaringer fra pleievirksomhet (kapittel 7,s.131).

Paulgaard foreslår å bruke innenfra-perspektivet konstruktivt ved å skaffe seg analytisk distanse gjennom det som kalles "reposisjonering" (Paulgaard 1997 s.77). Med det menes å innta en bevisst posisjon ut fra det å være forsker i feltet, og ikke en deltager i kulturen på lik linje med de andre aktørene. Bevisstgjøringen av min posisjon som forsker i feltet og noen av de tanker jeg gjorde meg i denne sammenhengen, er nedfelt i dette punktet om forskerrollen.

Det å studere i kvalitative tilnærminger forutsetter altså at forskeren både går inn og deltar *innenfor* sammenhengen som studeres, og er i stand til å stille seg selv *utenfor* for å velge ut, kategorisere og analysere erfaringer (Paulgaard 1997). Min utfordring har vært å makte og turnere begge disse posisjonene. I analysene har jeg forsøkt å balansere mellom det nære og det fjerne og å styrke kulturfortrolighet og redusere kulturblindhet ved å stille spørsmål ved ting jeg ser og bevisst trene opp refleksivitet.

6.5 Forskningsetikk

Alt forskningsarbeid der mennesker er deltagere som respondenter, reiser krav om forskningsetisk forsvarlig framgangsmåte (Polit, Beck 2004). Som en rettesnor for moralske og etiske hensyn foreligger internasjonale arbeider med forskningsetiske prinsipper, først gjennom Nürnbergprosessene (Nurenberg Code) og videre utarbeidet i Helsinkideklarasjonen (Declaration of Helsinki), første gang i 1964, siste revisjon i 2000 (Polit, Beck 2004).

For å sikre forsvarlig forskningsetisk praksis, er det opprettet forskningsetiske komiteer⁴² (Alver, Øyen 1997). Denne delen skal omhandle forskningsetikk og betraktninger rundt moralsk forsvarlighet i denne studien. Forskningsetiske overtramp kan i prinsippet ramme alle aktører som kommer i berøring med forskningsarbeid (Foss og Ellefsen 2004). I min studie er studenter hovedaktører, men også praksissykepleiere, øvrige pleiepersonell, pasienter og lærerkollegaer kommer i berøring med forskningsarbeidet. Dessuten blir helseinstitusjonene stilt åpen for innsyn. I første rekke vil jeg omtale aktørene som ble mest berørt av mitt arbeid, nemlig sykepleiestudentene, pasientene og lærerkollegaene. Jeg begynner med studentene.

⁴² Med Stortingsmelding nr. 28 (1988-89) *Om forskning* ble grunnlaget lagt for det nasjonale forskningsetiske komitésystem som vi har i Norge. Det finnes en nasjonal etikk-komite for hvert av de tre hovedområdene i forskningen; 1) naturvitenskap og teknologi, 2) samfunnsvitenskap og humaniora/juss, 3) medisinsk/helsefaglig forskning. NEM - Den nasjonale forskningsetiske komite for medisinsk forskningsetikk. Av disse er det fem regionale komiteer (REK). Hensikten med komiteene har vært å fremme forskningen ut fra to sentrale ståsteder; at forskningen er et gode og at frihet i forskning er uunnværlig for en skapende forskningsprosess. REK har rådgivende myndighet og kan tilrå eller frarå gjennomføringer (Solbakk 1998,s.315). Hovedoppgaver er å sikre samfunn fra fårer, reise, informere og stimulere til informert samfunnsdebatt om forskningsetiske spørsmål (Alver, Øyen 1997).

Retten til frivillig informert samtykke

Ett vesentlig hensyn, og en hovedoppmerksomhet i planleggingen av min studie, var at studentene i forskningsprosjektet skulle ha rett til å delta på et helt frivillig grunnlag. Dette betinget at de skulle være orientert om hva deltagelse innebar. Dessuten skulle de ha rett til å trekke seg på hvilket som helst tidspunkt, uten at de måtte begrunne valget, og uten at det skulle få noen som helst konsekvenser for dem i studiesituasjonen.

For at de skulle få delta på disse premissene ble de forespurt via brev, der informasjon om prosjektet ble gitt (Vedlegg 2). Med de som sa seg villige til å delta, utformet jeg en kontrakt, der vi begge skrev under på premissene (Vedlegg 3). Tanken var at det å forespørre pr brev ville gi studentene muligheten å lese informasjonen i fred og ro, før de bestemte seg om de ville delta. Det at personen som forespør er deres lærer kan oppleves som et press. For å gjøre dette eventuelle presset så lite som mulig, tydeliggjorde jeg det skriftlig at de skulle kunne trekke seg.

I informasjonen til studentene var jeg opptatt av å få fram mitt studiefokus, at det innebærer hvordan læring i praksis foregår og hvordan utdanningen legger til rette for læring. Det var videre viktig å formidle til studentene at det ikke var deres prestasjoner, i betydningen av om de var ”flinke” eller ”mindre flinke”, som var mitt anliggende. Derfor understreket jeg at jeg ikke skulle delta i deres evalueringer i praksis. Det var videre viktig for meg at de skulle kunne kjenne seg trygge på at jeg ikke snakket med deres kontaktsykepleiere eller lærere om hvordan det gikk for dem i praksis.

I etterkant ser jeg at formuleringer i brevet til studentene ikke er presise ift intensjonene. Det lar seg vanskelig gjøre å observere læring og utviklingen av denne uten å skulle si noe om ”studieforløp” eller ”framskritt”, som jeg bruker som uttrykk. Det jeg imidlertid var påpasselig med, var ikke å diskutere studentenes faglige nivå med kontaktsykepleiere eller lærere som var studentenes veiledere. Det var for øvrig heller ingen sykepleiere eller lærere som uttrykte ønske om det.

Erik avbrøt sykepleiestudiet og reiste. Knappt ett år senere skrev jeg en mail til ham og etterspurte hans tanker om hans avgjørelse om å slutte i sykepleiestudiet. Jeg refererte til min studie og at hans tanker var interessante i den sammenhengen. Jeg fikk en mail, der han skriver noen tanker om sitt avbrudd. Også Frøydis valgte å slutte i sykepleien på det

tidspunktet jeg var i ferd med å avslutte observasjoner fra feltet. Jeg spurte henne om å få gjøre et avsluttende intervju om tanker hun gjorde seg vedrørende det å avbryte utdanningen. Begge studentene som sluttet i studiet, sa seg villig å dele med meg tanker om hvorfor de sluttet, og jeg snakket med dem om at dette var interessant for min studie. Muntlig tilkjennega de sitt samtykke til å gi intervju og til at jeg fortsatt kunne bruke data som tidligere var innhentet. For dokumentasjonens skyld, ser jeg i ettertid at et fornyet skriftlig samtykke om fortsatt deltagelse i min studie, hadde styrket tilliten til og dokumentasjonen av en forsvarlig etisk håndtering av studentene.

I samhandlingen med studentene for øvrig opplevde jeg ikke at de tilkjennega noe ubehag eller at deltagelse i studien var problematisk for dem. Tvert imot var mitt inntrykk at de likte å være deltagere. Ved ett tilfelle overhørte jeg en kontaktsykepleier som spurte studenten om ikke det var slitsomt å "ha noen i hælene på seg" hele tiden. Studenten svarte benektende og at det snarere var lærerikt.

Anonymitet

Anonymitet i forskning innebærer at en ikke offentliggjør personlige data som kan avsløre respondentenes identitet (Alver og Øyen 1997, Kvale 1997). Å forholde seg til et absolutt anonymitetskrav kan stå i motsetning til å få fram nyanser og variasjoner i forskning der det legges vekt på å belyse folks vurderinger, holdninger og forestiller. Jo mer nyansert, dess større er sjansen til å bli gjenkjent (Alver og Øyen 1997).

At det ikke skal offentliggjøres data som kan avsløre den personlige identiteten til dem en undersøker og skriver om, er i en tanke om at den enkeltes integritet og private rom skal vernes, og at gjenkjenning av personene som omtales, ikke skal være mulig (Fangen 2004, Kvale 1997, Alver og Øyen 1997). Prinsippet om anonymitet er altså knyttet til retten til privatliv og til å bli beskyttet for å bli utnyttet. Det å bli utsatt for forskning skal ikke oppleves inntrengende, forstyrrende eller pågående (Polit, Beck 2004).

Studentene ble lovet diskresjon i min studie (Se Vedlegg 2). Å få lov til å være ukjent i en studie gjør det mindre belastende å delta. Det å love anonymitet i studiemiljøet var selvsagt umulig, for det ville uansett bli tydelig hvem jeg fulgte opp i praksis. En måte å beskytte studentene er å håndtere studentdata slik at studentene framstår ugjenkjennelige for andre i alle former for publikasjoner. I denne avhandlingen er det gjort gjennom å endre navn og

andre data (for eksempel dialekt) som kan bidra til å avsløre deres identitet. Dessuten har det vært viktig å skrive om studentene med respekt og verdighet slik at deres ”stemme” blir formidlet på måter som skaper respekt.

Andre belastninger ved å delta i studien kunne for sykepleiestudentene være opplevelsen av å få pålagt en byrde eller et utidig press i en ellers travel studiesituasjon. Det kunne videre for eksempel handle om forlegenhet knyttet til det å bli observert i nære og følsomme omsorgssituasjoner med pasienter. Slike og lignende situasjoner var jeg oppmerksom på og forsøkte, når jeg sto i slike situasjoner å opptre respektfullt i omgangen med studentene.

Sabar (2002) nyanserer anonymitetskravet til forskning. Hun hevder at anonymitet ikke alltid trenger å være et kriterium for etisk forsvarlighet. Noen ganger skal folk få lov til å stå fram, med det forbehold at de aldri skal føle seg brukt som middel til noe annet. Det kan oppleves meningsfylt å få lov til å være en del av positive endringer og sette ting under debatt. Informanter kan kjenne seg stolte over å være med og kan ønske å bli gjenkjent, var Sabars argument. Videre peker Sabar (2002) på at intensjonen med å ville garantere anonymitet ikke alltid er like enkel å følge opp i kvalitativ forskning. Derfor, mener hun, kan informert samtykke i kvalitativ forskning bli misledende. ”How can the researcher honestly inform the interviewee what is going to happen in the study? Thus, in qualitative research, the researcher can know only where the research starts but not what direction it will take” (Sabar 2002, s.73). Utfordringen til forskeren er å ta hensyn til hvilke konsekvenser det kan ha for vedkommende å bli gjenkjent. I denne sammenhengen er utfordringen å forvalte de opplysninger jeg får fra studenter på en slik måte at de ikke opplever seg misbrukt.

Sårbare personer

Forskningsetiske overveielser må gjøres i forhold til alle aktører som kommer i berøring med forskningsarbeid. Sårbare grupper har spesielt behov og krav til å bli beskyttet med styrket følsomhet og eventuelt med tilleggsprosedyrer (Polit, Beck 2004). Noen aktører vil være mer sårbare enn andre. Pasienter er å betrakte som sårbare grupper på grunn av sin helsesvikt. Innlagt i en offentlig helseinstitusjon er pasientene prisgitt måten de blir ivaretatt på. Sårbarheten ved å være lidende, ved å måtte forholde seg til mange personer i det medisinske behandlingsapparatet, ved at fremmede trækker inn i personlig og private helserelaterte områder i livet, gjør pasienter som gruppe spesielt sårbare. I denne sammenhengen vil jeg belyse forskningsetiske utfordringer overfor pasienter, som jeg også hadde tilgang til.

Tilgangen til å få være med inn til pasienter ble diskutert med sykepleieleder for institusjonene, og planlagt slik at den skulle være minst mulig til belastning for pasientene. For å sikre *frivillighet* ble pasientene forespurte av andre enn meg selv. Jeg ønsket som en regel at sykepleiere fra posten forespurte pasientene om jeg kunne få være med studentene inn på stuen. I flere situasjoner ble det praktisk løst ved at studentene forespurte. Pasientene ble gitt reell mulighet til å nekte deltagelse. For å sikre en tilstrekkelig tilgang til pasient-studentrelasjoner, og samtidig sørge for at ikke flere enn nødvendig ble eksponert for forskning, gjorde jeg det til en regel at jeg ikke ble med inn på flere enn ett pasientrom pr dag.

Å sikre at alle forhold vedrørende pasientenes *anonymitet* ble ivaretatt var et annet sentralt punkt. Det ble gjort ved at jeg unnlot å nedtegne opplysninger som kunne bidra til at det var mulig å spore tilbake til hvem nedtegnningene omhandlet. Feltnotater og tekster vedrørende pasienter inneholdt for eksempel ikke autentiske navn eller andre forhold som kunne bidra til at anonymiteten ble brutt. Sentrale data som for eksempel fødselsår er endret der det var mulig uten at å ha betydning for fortolkning og forståelse av situasjonen. Feltnotatene i papirform ble senere nedlåst og i elektronisk versjon lagt inn på harddisk stengt med personlig kode.

Møte med pasienter utfordrer videre *relasjonell varsomhet*. Foss og Ellefsen (2004) argumenterer for at etiske utfordringer i nære situasjoner ofte kan være subtile, utydelige og overtrampene kan bli usynlige. De peker på at sårbarheten i relasjonene er knyttet til i hvilken grad en opplever seg underlegen den andre. Pasienter som jeg var i kontakt med var ikke i noen behandlingsmessig avhengighet til meg. Det kan redusere faren for etiske overtramp. Pasienter kan videre for eksempel oppleve tillit i relasjonen som kan bidra til at de åpner seg, og gir uttrykke for sine tanker og følelser, mer enn de i etterkant egentlig hadde ønsket. Det utfordret min beredskap til å se og håndtere de etiske utfordringene når de dukket opp. Pasienters eventuelle opplevelser av underlegenhet eller av ikke å bli respektert, kan være for eksempel knyttet til min atferd, både den kroppslige og den verbale.

Helt konkret forsøkte jeg å håndtere relasjonene til pasientene ved en bevissthet om å forholde meg som studentens assistent i alle situasjoner. Det ble derfor ikke primært jeg, men studentene, som kom i et nært forhold til pasientene. Inne hos pasientene alternerte jeg

mellom å være aktivt med i stellet i assistentrollen, eller bare følge studenten og forsøke å prate naturlig, både med student og pasient. Jeg forsøkte å unngå å bli stående eller sittende i ”ren” observatørrolle. For eksempel tok jeg ikke opp penn og papir og tok til å skrive inne på pasienttrommene. Det ville lett kunne skape en trykket og forlegen stemning, både for pasientene og for studentene.

Mine relasjoner til pasientene utfordret meg også på å være vår for hvordan pasienten følte seg i mitt nærvær, hvordan han/hun følte seg ivaretatt, respektert og skjermet. Jeg forsøkte å være inne på rommet i korte sekvenser, likevel slik at jeg var tilstede gjennom et helt stell, uten å gå ut og inn i stellet. Jeg forsøkte å ha en tilbaketrunket rolle, likevel slik at dersom pasienten henvendte seg til meg, snakket jeg, slik det falt seg naturlig for meg. Fra å ha omtalt etiske utfordringer i møte med sårbare grupper, går jeg over til å vise problemstillingene som møtte meg i eget kollegium.

Å forske i eget kollegium

Min kontakt med kontaktsykepleiere, om tilgang, frivillighet og det å redusere deres eventuelle ubehag av å blir observert er beskrevet tidligere (kapittel 5, s. 76-77, kapittel 6, s.100). Nå skal jeg redegjøre for etiske overveielser knyttet til kontakten med egne lærerkollegaer. I utgangspunktet mente jeg å være bevisst på nødvendigheten av å utvise varhet i det å skulle gjennomføre et forskningsarbeid blant egne kollegaer. Å skaffe seg innsyn og bedrive analytisk virksomhet i egen kollegagruppe kan være sårbart og gi grobunn til konflikter. Selv om mine lærerkollegaer ikke var fokus for undersøkelsen, var det ikke til å komme utenom at de også i noen tilfeller ble observert. Særlig var dette tilfelle i øvingsavdelingen. Der skulle jeg være observatør i studentenes studiegrupper, hvor lærerne var veiledere (Omtalt i kapittel 5, s.77).

I feltarbeid på sykehjemmet og i sykehuset var jeg fra begynnelsen av ikke like klar over forholdet, idet jeg forestilte meg å være utenfor innsyn i kollegaenes virksomhet, i og med at jeg bevisst unnlot å delta i settinger der lærere var tilstede. Innblikket i studentenes læresituasjoner og spesielt i deres studieoppgaver, ga likevel kjennskap til kollegaers veiledningsarbeid. I etterkant så jeg at innsynet ble større enn jeg på forhånd hadde forestilt meg. Under feltobservasjonene på sykehus, skjønte jeg at sårbarheten kunne være minst like tilstedeværende der. Av den grunn unngår jeg i denne studien å benytte lærerkommentarer fra sykehjem og sykehus. Dette forholdet forsøkte jeg imidlertid å korrigere for i

hjemmesykepleie og i psykisk helsevern. Her ble hver lærer forespurt pr e-post. I tillegg ble hver kontaktsykepleier kontaktet pr skriv om muligheter til å få gjøre bruk av deres kommentarer. Jeg fikk ingen avslag. Likevel har jeg opplevd det utfordrende å forholde meg kritisk til utdanningen, men i en respektfull omgang med data fra utdanningens lærere.

Dette ga erfaringer i at moralsk forsvarlig praksis er et kontinuerlig arbeid som må gjennomtenkes og ivaretas gjennom hele forløpet. Forskningsetiske hensyn realiseres gjennom initierende tiltak, men også gjennom den daglige tilnærmingen til aktørene og en vårhet omkring deres opplevelser av forskningsinngrep i deres hverdag. På den måten blir forskningspraksis en stadig veksling mellom henvendelser og svar i ansvarlighet (Eide m.fl.2003).

Datatilsynet og etisk komité

Datatilsynet og Etske komiteer, er satt til å trygge etisk forsvarlig forskning.

Prosjektbeskrivelsen ble sendt til Regional Etisk Komité, som tilrådte prosjektet. (Vedlegg 6). Ethvert forskningsarbeid som innebærer en opprettelse av personregister, må det søkes konsesjon for hos datatilsynet. Prosjektet ble innmeldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (Vedlegg 7 og 8).

6.6 Kvalitetsvurdering av studien

I dette avsnittet skal jeg gjøre noen vurderinger rundt kvaliteter ved denne studien. Forskning legitimeres i produksjon av tillitsvekkende kunnskap (Heggen, Fjell 1998). For å kunne feste lit til studien, er ”gjennomsiktighet”, et vesentlig grep og det kreves ”transparente metodologiske procedyrer” (Olsen 2003). For å vise hvordan jeg har arbeidet med kunnskap og forståelse, vil jeg benytte meg av kriterier og strategier som Lincoln og Guba (1985) i sin tid skisserte, som ”the trustworthiness of inquiry guided by the naturalistic paradigm (Lincoln, Guba 1985,s.290). I denne diskusjonen tar jeg utgangspunkt i deres begrepssett, men tar også i bruk annen relevant metodelitteratur. Lincoln og Guba’s begreper for vurdering av kvaliteter i studier er:

- Troverdighet (credibility)
- Overførbarhet (transferability)
- Pålitelighet (dependability)
- Bekreftbarhet (confirmability)

Ambisjonene i denne studien er å reflektere innsikter om det å lære seg omsorgsferdigheter. Funnene skal underbygges med empirisk kunnskap. Jeg skal nå forsøke å svare på spørsmål som; Er resultatene tillitsvekkende? Kan miljøet stole på studiens konklusjoner? Lincoln and Guba (1985) mener at en studie kan være tillitsvekkende, avhengig av hvordan kriterier om troverdighet, pålitelighet, bekreftbarhet og overførbarhet, oppfylles.

Troverdighet

Troverdighet omhandler spørsmålet om forskningen måler det den sier seg å måle. Det er avgjørende at det er en indre sammenhengen mellom spørsmål som stilles og de data man innhenter for å besvare disse, og om fortolkningene av datamaterialet kan oppfattes som gyldige og relevante. Ett viktig grep er å sikre kvalitativt gode data. Det kan for eksempel gå på å ha tid nok til å få dybdata, lære kulturen godt å kjenne og korrigere for eventuelle misforståelser av denne (Lincoln, Guba 1985).

I kapittel 5 er datagrunnlaget redegjort for og kvaliteter av denne diskutert. Utvalget består av relativt få studenter, men data fra disse er innhentet over tid, fra flere læringsarenaer og med bruk av flere metoder. Dette har gjort det mulig å fange opp studentenes læringsaktiviteter fra forskjellige situasjoner som kan gi innblikk i handlings- og erfaringsdimensjoner, men også meninger, oppfatninger og refleksjoner over erfaringene. Det å se studentene i kliniske studier har også i noen grad gitt innblikk i relasjoner og kommunikasjoner med veiledere i læresituasjonene. Både mengden av data, men også variasjonene i enkeltstudenters erfaringer og i metodiske tilnærminger skulle være tilstrekkelig til å kunne gi varierte bilder over læringsfenomenet.

Når det kommer til dybden av data, kontinuiteten i å følge opp analytiske temaer underveis i datainnsamlingsforløpet, ser jeg at empirien har svakheter. Det tillegg jeg bl.a. min manglende erfaring og trening i å bedrive dataproduksjon. Jeg ser for eksempel på måten jeg enkelte steder følger opp det jeg observerer, eller utsagn i intervju, at jeg har potensial i å forbedre forskerferdigheter til å følge opp utsagn og hendelser, og å stille utdypende spørsmål til studentene.

”Peer-debriefing” er en annen måte å øke troverdigheten i forskningsarbeidet på (Lincoln, Guba 1985). Eksempler på bruken av peer-debriefing er kollegaer⁴³ som har lest større eller mindre deler av materialet i ulike analysefaser. Denne prosessen har vært betydningsfull i det å få tydelig fram alternative relevante kategorier som jeg kunne utvikle videre og utdype forståelsen. For eksempel kan det ha handlet om hvilke situasjoner jeg kunne oppsøke for å styrke data. Også senere i forløpet har kollegakommentarer i lesning av tekstutkast, vært av uvurderlig betydning.

Troverdigheten kan videre styrkes ved bevisst å lete i data etter motsatte forståelser (Lincoln, Guba 1985). Hvordan dette er gjort i analyseprosessene har jeg beskrevet tidligere. I kapiteltekstene blir dette også synlig der jeg etterspør andre måter å forstå mine egne fortolkninger på. For eksempel der jeg beskriver ulike opplevelser studentene har av å bli ivaretatt (Se kapittel 8). Det å være på aktiv jakt etter motsetninger i fenomenene, har videre bidratt til å åpne for forståelsen av at studentene ofte står i doble, komplekse og motsetningsfylte situasjoner. For eksempel avsluttes kapittel 7 med å vise til at studentene, de som skal gi omsorg til andre, selv trenger til å bli ivaretatt.

”Forskertroverdighet” kaller Fagermoen (2005) det når hun refererer til forskeren selv som et viktig instrument. Min bakgrunn som sykepleier har kommet meg til hjelp i forskningsarbeidet, bl.a. i erfaringer med å stå overfor personer i sårbare situasjoner. Kunnskap om og møte med menneskers fortellinger om det å være syk har også gitt trening i å få tilgang til følelses- og tankemessige prosesser i eget liv. Lærerbakgrunnen og kontakten med unge mennesker har i tillegg gitt meg fordeler når det gjelder å være nysgjerrig, å sanse, registrere og lure på ting jeg ser og hører. Samlet har disse erfaringene avgjort vært en styrke i forskningsarbeidet.

Overførbarhet

Overførbarhet handler om hvorvidt fortolkninger og funn kan gjelde for andre lignende sammenhenger. I fortolkende tilnærminger er ”overførbarheten” et empirisk spørsmål, hevder Lincoln og Guba (1985). Forskningen kan bare gi antagelser om overførbarhet ved å beskrive kontekst og tid (Lincoln, Guba 1985).

⁴³ I denne sammenhengen benyttet jeg ikke kollegaer som var studentenes veiledere.

Kunnskaper fra noen få sykepleiestudenter og om hvordan de lærer seg omsorgsferdigheter kan være interessant kunnskap i seg selv. Men om kunnskapen er begrenset til å angå disse studentene alene, er nytteverdien ikke stor. Jeg vil argumentere for at resultatene som framkommer i denne studien har gyldighet utover utvalget, samtidig som de har noen begrensninger. Aller først vil jeg reflektere litt rundt utvalget i denne undersøkelsen.

Valget av respondenter er gjort som et ”strategisk utvalg” (se kapittel 2,s.25). Studenter fra og med første år i sykepleierutdanning betraktes som et utvalg med potensial til å gi informative data som gjør at det kan åpnes for alternative fortolkninger av læringsfenomenet jeg ønsket å studere. Utvalget er sikret bredde i den forstand at det inneholder variasjoner, for eksempel i forhold til alder og kjønn. Videre kan det å studere læringsfenomener i kliniske studieløp over flere praksisperioder, være med på å tilføre bredde i forståelsen. Dybdeperspektivet har vært mulig å oppnå ved at enkeltstudenter følges opp flere ganger og i ulike situasjoner. Ikke minst ligger dybden i forståelsen ved analytisk å utforske og granske enkeltsituasjoner som studentene har stått i.

Størrelsen på utvalget har betydning for mangfoldet i det empiriske grunnlaget. Men størrelsen i seg selv borger ikke nødvendigvis for mangfold. Det betyr at utvalgets størrelse må vurderes i forhold til type data, for eksempel om det er intervju-data eller feltdata, om forsker er erfaren, osv. Størrelsen på utvalget vurderes ikke bare på bakgrunn av antall, men også på bakgrunn av mengden dataproduksjon. Det empiriske materialet for denne undersøkelsen består av vel 400 sider. Datamengde sier nødvendigvis ikke noe om kvalitet. Store datamengder kan gjøre materialet vanskelig å håndtere. Kvale (1997) antyder for eksempel at 1000 sider transkripsjon er for mye til å kunne håndteres på en ordentlig måte. Datamaterialet i denne studien antas å gi et rimelig godt grunnlag for å kunne gjøre interessante analyser. Vel 400 sider data, opplevdes ikke uoverkommelig å få oversikt over. Utfordringen ble imidlertid større etter hvert som produksjonen av analysedokumenter knyttet til data vokste.

Videre er resultatene og konklusjonene i studien ikke *generelle* i den forstand at de kan sies å beskrive forhold som preger all sykepleierutdanning i Norge. Men jeg har pekt på kvaliteter og mangler som er kommet til syne gjennom studier av sykepleiestudenter i praksislæring i sykepleierutdanning. Denne kunnskapen vil være gyldig og relevant i den grad resultatene skaper gjenkjennelse. Som Fuglestad (1997) hevder, er det likheten og samsvaret med folks

opplevelser og erfaringer som gir kvalitative studier gyldighet og en overføringsverdi. Jeg vil argumentere for at resultatene i denne studien også kan ha gyldighet og være relevant for andre profesjonsutdanninger enn sykepleierutdanningen. I utdanninger der de kontekstuelle forholdene kan sammenlignes med sykepleierutdanningen, vil denne studiens resultater kunne ha en verdi ved analytisk generalisering. Det innebærer en begrunnet vurdering av i hvilken grad funn fra en studie kan brukes som rettledning for hva som kan skje i en annen lignende situasjon (Fangen 2004). Det vil for eksempel være der yrket innebærer å arbeide med mennesker, der det stilles krav om å ta medmenneskers perspektiv, og der læring av utøvelsen hviler på deltagelse og argumentasjon.

Pålitelighet

Pålitelighet er grunnlaget for troverdighet (Lincoln, Guba 1985). Det handler om nøyaktighet og grundighet i undersøkelsens ulike ledd, f.eks. nøyaktighet i transkriberinger og i nedtegninger av feltobservasjoner. Nøyaktighet i arbeidet har vært tilstrebet både i kontakter og avtaler med personer, i alle ledd av analytisk arbeid og i arbeidet fra spørsmål til konklusjon.

Heggen og Fjell løfter fram forskeren selv som et vesentlig instrument i kvalitativ tilnærming. En kritisk reflektert bruk av seg selv kan gi verdifulle bidrag i arbeidet. Derfor er pålitelighet ikke et kriterium som kun bør stilles til spesifikke arbeidsoperasjoner i forskningsarbeidet, men må betraktes som kvalitetssikringer som nødvendighet ved alle sider av forskerens arbeid (Heggen, Fjell 1998).

Subjektivitet er tradisjonelt sett på som en trussel for forskningens objektivitet og dermed for om dens kunnskap kan festes lit til (Kvale 1997, Alvesson, Sköldberg 1994). I deler av metodelitteraturen har det vært en økende erkjennelse om at subjektivitet kan utnyttes konstruktivt. Subjektivitet er en nødvendig følge av bestemte vitenskapsteoretiske posisjoner og kan og skal ikke oppfattes som feilkilde. Premissen for min rolle i forskningsarbeidet har vært en grunnleggende antagelse om at forskeren står i en dialogisk posisjon i forhold til fenomen og felt som utforskes. Det er gjennom dialoger og refleksjon at det gis åpenhet og mottagelighet for innhold til andres erfaringer. Det er i refleksiviteten og i dialogen med andre, at en kan overskride egen subjektivitet og egne forestillinger (Bengtsson 1999, Alvesson, Sköldberg 1994). En analytisk distanse er nødvendig for å unngå kulturblindhet. Nødvendig distanse kan oppnås ved selvrefleksjon som bidrar til å øke selvbevisstheten.

Fullstendig selvinnsikt, derimot er umulig, hevder Bengtsson (1999, 2006). Dialogene og kravet om refleksivitet har i denne studien foregått på flere områder. Disse har foregått med studenter i feltet mens datasamlingen pågikk, med kollegaer i sykepleie, i møte med andre yrkesgrupper på konferanser, ved peer review osv. Hvordan kommunikasjonen med studenter og andre i feltet har foregått, har jeg vist gjennomgående i presentasjonen av empirien.

Forskererfaringene og refleksjonene rundt disse som var med å skape forståelse av enkeltsituasjoner og av helhetsforståelser, var samtidig bidrag til egenforståelse. Ved å være i stadig dialog med meg selv om egen historie, ble kontrasten til dagens ungdom på mange måter åpenbar. I denne sammenhengen handler min historie om egen oppdragelse som sykepleier, mine sosialiserte verdier for arbeid og engasjement, og erkjennelser av pleiefelleskapets verdier, slik jeg har utviklet det gjennom mitt sykepleierarbeid. Disse erfaringene har medvirket til å forsøke å forstå studentene på deres egne premisser - i kontrast til mine egne.

Bekreftbarhet

Bekreftbarhet er å føre kontroll og avgi en "selvangivelse" for forskningsarbeidet som er gjort. Den etableres bl. a. ved å redegjøre for den metodiske framgangsmåten som er fulgt (Lincoln, Guba 1985). Det innebærer å kunne beskrive alle ledd i forskningsprosessen og vise til om de er utført på en slik måte at fortolkninger og konklusjoner lar seg bekrefte. Dette gjøres ved selv å gjennomgå alle ledd kritisk. Ekstern vurdering av alle relevante forhold ved studien vil i tillegg kunne bidra til å styrke bekreftbarheten. Å få foretatt en ekstern kvalitetsgranskning ("forgranskning") på et tidspunkt da store deler av analyser var gjort og konklusjoner trukket, bidro til kritiske tilbakemeldinger og ga muligheter til å styrke fortolkninger som var gjort. Det var en uvurderlig hjelp og har trolig bidratt til å styrke studiens troverdighet.

Nå har jeg beskrevet noen vurderinger av kvaliteter ved denne studien. Neste steg i den skriftlige fremstillingen er å gå tett inn på empirien og gjøre de første datanære fortolkninger og beskrive hvordan studentene lærer seg omsorgsferdigheter.

KAPITTEL 7

HVA KJENNETEGNER LÆRING AV

OMSORGSFERDIGHETER?

7.1 Innledning

I dette første empirisk baserte kapitlet skal vi følge tett på sykepleierstudentene når de skal lære seg å utøve omsorg i sykehjem, i sykehus og i det som kalles øvingsavdelingen⁴⁴.

Presentasjonen av studenterfaringene er organisert i henhold til strukturen i deres eget studieprogram. Det betyr konkret at kapitlet starter med beskrivelser av studentenes første erfaringer med å utøve omsorg i et sykehjem. Deretter beskriver jeg hva som preger studentenes studier i øvingsavdelingen. Så følger vi dem ut i kliniske studier i sykehus.

Presentasjonen er videre lagt opp slik at den skal vise *bredde* og *variasjoner* av de omsorgs- og læringserfaringer som datamaterialet inneholder. Hensikten har vært å få frem hva studenter kan lære – på godt og vondt – om det å utøve omsorg. *Kjennetegn* på det å lære omsorgsferdigheter blir fokusert, mer enn å se på hvordan enkeltpersoner utvikler sine omsorgsferdigheter over tid. Det å lære omsorgsferdigheter får et sterkere fokus, selv om læring ikke kan sees atskilt fra de subjektene som gjør seg erfaringer de lærer av.

Situasjonsbeskrivelsene er koblet nært til relasjonene mellom student og pasient. Beskrivelsene av pleiesituasjonene er samtidig studentenes læringssituasjoner. Disse inngår som kjerneaktiviteter for studentene i kliniske studier. Samtidig er dette sentrale aktiviteter i sykepleieryrket. Det er for eksempel morgenstell, hjelp til å spise og drikke, støtte og informerende tiltak ved medisinske undersøkelser osv. Omsorgs- og læringssituasjonene krever praktiske tiltak, samtidig som studentene utfordres på det å relatere seg til fremmede

⁴⁴ En øvingsavdeling er en konstruert enhet innenfor høyskolen hvor det øves på prosedyrer i stell og behandling av sår, surstoff, intravenøs ernæring og lignende. "Pasientene" på en øvingsavdeling er enten studentene selv som trener på hverandre, eller det er spesialproduserte dukker. I studieprogrammet er det lagt inn studier og trening på øvingsavdeling i to perioder, en forut for kliniske studier i sykehjem. Den andre i forkant av kliniske studier i sykehus. Jeg har samlet data kun fra den andre perioden i øvingsavdeling, som foregår før de skal ut i sykehus og etter at de har vært i sykehjem.

pasienter på måter som skaper tillit og trygghet. De situasjonene som presenteres er *illustrasjoner* på kjennetegn ved omsorgsutøvelse og hvordan denne læres.

De empiriske framstillingene bærer preg av at forskernøytralitet er en forestilling som verken er mulig eller ønskelig. Konkret kommer dette til uttrykk ved at presentasjonen av empiri også tydelig er tolkninger hvor jeg fremmer min egen stemme som fortolker.

7.2 I sykehjem

Før studentene kommer ut i sin første kliniske praksis, har de tilbrakt tre kvart år av sykepleiestudiet i klasserom og i øvingsavdeling. Ennå har de ikke sett en ”virkelig” pasient, i hvert fall ikke i studiesammenheng. Første etappe for studentenes kliniske praksis er altså sykehjem. Nå skal de ut og møte pasienter eller ”beboere” som de kalles her. De skal utvikle sine evner til praktisk stell og omsorg av pleietrengende, for det meste eldre mennesker. Beboerne har ofte sammensatte medisinske problemer. Kroppslig og ofte mental skrøpelighet gjør at studentene må forholde seg til beboere som helsemessig representerer utfordrende kroppslige og psykososiale problemstillinger.

7.2.1 Eriks erfaringer

”Litt skummelt ... og fryktelig spennende”

Erik illustrerer godt hvordan sykepleiestudentene i sin første praksisperiode utfordres til å lære omsorgsferdigheter når de møter syke eldre mennesker i sykehjem. Hans ulike opplevelser gir gode inntrykk av hvordan omsorg blir til i relasjoner med pasientene.

Erik forteller at han både gleder og gruer seg til praksis. Han har ikke vært i helsetjenestepraksis før, så for ham er alt nytt. Han skriver noen refleksjoner om forventninger til praksis i forkant: «(jeg) har kanskje litt angst for gamlehjem, sykehjem og slike ting (Jeg har mange som har fortalt meg ekle historier) Jeg har ikke hatt praksis! Men jeg gleder meg likevel.» Og i et intervju som er foretatt noen uker etter at Erik kom ut i sykehjem, medgir han retrospektivt: «Jeg vet ikke, det var jo litt skummelt da ...». «... det var jo litt ... fryktelig spennende da ... masse helt nye ting (...) så det er jeg litt spent på, altså i det hele tatt å skulle fungere (...) så der stiller jeg helt blank.

Dette glimtet fra Erik forteller at det kan oppleves ambivalent for studentene å komme ut i kliniske studier og møte pasienter som de skal hjelpe. På den ene siden gruer Erik seg til å komme ut, på den andre ser han fram til endelig å få delta i ”virkelig” praksis. Den ambivalente, litt ”skrekkblandede fryden” som Erik uttrykker, er forhold som han og andre som måtte føle en spenning forut for kliniske studier, bærer i seg inn i læringssituasjonene og som på ulike måter vil prege disse.

Et morgenstell

Erik har allerede vært ute i praksis noen uker. Vi møtes som avtalt ved vaktens begynnelse, kl. 7.30 på vaktrommet. Her er sykepleiere, hjelpepleiere og sykepleiestudenter. De samler seg om dagsprogrammet, og går gjennom oppgaver for dagen. Det står også oppført på programmet at Erik skal ha med seg en observatør. Erik har, som de andre i personalet, trukket i rent hvitt antrekk. Han deltar i avdelingens daglige arbeid, men har kun ansvar for en pasient, Fr. Røed, som jeg velger å kalle henne her. Det at han får lov til å konsentrere seg om en beboer, gir muligheter til å bli godt kjent med henne.

Ved vaktens begynnelse får vi med oss rapport om de forskjellige beboerne, om hvordan de har hatt det foregående natt, hvilke pleiebehov de har, og hva de evt. har av planer for dagen. Fr. Røed har hatt slag, lider av Parkinsons sykdom og trenger hjelp til å stelle seg. Erik forteller meg etter rapporten at han skal hjelpe Fr. Røed i morgenstellet. Hun pleier å være trett på morgenen, forteller han meg, så det er slett ikke sikkert hun vil stå opp med en gang. Han gjør seg klar med plastforkle, henter det han trenger av nye håndklær og kluter, tar med seg en bleie. Han blir litt i stuss om hvilken bleiestørrelse han skal ta med inn og spør sin kontaktsykepleier. Hun foreslår den middels tykke, siden den skal brukes om dagen. Samtidig ber hun Erik være oppmerksom på å hjelpe Fr. Røed på do, når hun trenger det, for da vil denne bleiestørrelsen være tilstrekkelig. Jeg legger merke til hvor lett og ”naturlig” Erik diskuterer spørsmålet om bleier. Han tar med seg en middels tykk bleie og vi går inn på rommet til Fr. Røed.

Når vi kommer inn på rommet, ligger Fr. Røed med ansiktet mot oss. Erik går inntil sengen og småprater: ”Er du våken ... var legen her i går ... fikk du stelt håret ditt i går..? Vil du stå opp nå ...?” ”Jeg må jo det”, svarer hun mens Erik forsiktig løfter dynen bort. Han står tett inntil Fr. Røed når hun reiser seg opp og går ut på gulvet. Hun tar noen rolige steg, for deretter å gå over i en småtrippende gange, som er så typisk for Parkinsons lidelse. Så hjelper

Erik henne ut på badet og med morgenstellet. Jeg blir ikke med ut på badet, men hører når de snakker sammen om gjennomføringen av stellet. Jeg hører stemmen til Erik når han snakker til Fr. Røed om å hjelpe til med å feste BH'en. Det virker for meg som den handlingen ikke glir så greit. Jeg synes å høre at Fr. Røed er på gråten. Men Erik småprater videre, "vi skal nok få den på .. vent litt ... sånn ja ...". Hans rolige snakk synes å berolige pasienten. Hun begynner å snakke om de andre klærne hun skal ha på. Erik bekrefter for meg etterpå at "hun blir så fortvilet når hun tukler med å få på seg toppen".

Om håndlag og om å komme tett på

I dette datautsnittet fra morgenstellet står Erik overfor flere læringsutfordringer. For det første utfordres han på den praktiske ferdigheten det er å hjelpe Fr. Røed med "akkurat passe" støtte til å komme opp av sengen, og å komme seg ut til badet. På den ene siden skal Fr. Røed få bruke sine egne krefter og evne til selv å bevege seg, på den andre skal Erik være så tett inn på kroppen hennes, at om hun skulle svimle eller snuble, så er han nær nok til å støtte henne. Videre må han hjelpe til med å feste BH'en, være vår i stellet for når Fr. Røed kan vaske seg selv og når hun trenger at han overtar kluten for å komme bedre til. Omsorgen kommer til uttrykk i flere av de små praktiske og relasjonelle handlingene, for eksempel i den vennlige småpratene der Erik etterspør hennes situasjon, i oppmerksomheten og støtten i forflytning fra seng til bad, i trøsten og støtten når hun selv ikke får knappet BH'en. Slik kommer omsorgen til uttrykk fra mitt ståsted. Fr. Røed virker fornøyd, slik jeg forstår situasjonen, men hvorvidt hun selv opplever stellet omsorgsfullt, vil bare hun kunne si noe om.

Videre illustrerer situasjonen relasjonelle læringsutfordringer som handler om å ta imot Fr. Røeds ulike reaksjoner. Det kan være krevende å møte andres fortvilelse, både selv å stå i den og utholde den, men også hjelpe den andre til ro og til å bearbeide fortvilelsen. For Erik som ikke tidligere har hatt praksis, kan dette være en utfordring. En ting er å få "fingrene med seg" i selve oppgaven. For en unggutt å hjelpe til med å feste en BH, og det for en aldrende som kanskje selv er i ferd med å miste kontrollen over egen evne til påkledning og fortviles over det, stilles unggutten overfor utfordringer som spenner fra finmotorisk fingerferdighet til evne til å ta imot den aldrendes fortvilelse – og selv å "overleve" den forlegenhet som kanskje kan oppstå om dette ikke lykkes sånn noenlunde. Denne dagligdagse handlingen, å vaske egen kropp, innebærer for en som skal hjelpe en annen, at en kommer tett på mennesket, både kroppslig tett, endatil intimt, men også relasjonelt tett på den andres opplevelser og stemning. Her er hårfine grenser i det å håndtere intimiteten så vidt distansert at verdigheten til pasienten

og dermed tilliten mellom aktørene kan opprettholdes. Som vi skal se, opplever Erik at tilliten er gitt ham i utgangspunktet.

Om å sanse tillit

Kroppsspleie og hjelp til personlig hygiene er nære og vare situasjoner som kan sette både beboere, men også studenter i sårbare og potensielt forlegne situasjoner. Jeg ser at Erik greier å nærme seg den gamle i de ulike situasjonene denne morgenen. Og til meg forteller han om den tilliten han merker at han får av beboerne. I intervjuet sier han: "... det er jo noe nytt, liksom på en måte, gå rundt i hvite klær å være en sånn person som ... ja så du merker du får veldig tillit til å begynne med ... av de beboerne her ... og litt sånn ... var litt nervøs siden jeg bare var 19 år da jeg begynte her så, men ... de fleste syns det er greit ...".

Vi ser hvordan Erik gjør sine begynnende erfaringer av å få tillit i avhengighetsrelasjoner til beboerne. Han blir vár og sanser tiltroen som helt fra begynnelsen er til stede i relasjonen mellom ham og pasienten; "du merker du får veldig tillit til å begynne med...". Tilliten oppleves gitt av beboerne i utgangspunktet, i kraft av at han er i en hjelperolle, symbolisert ved det hvite antrekket. Det virker for meg som Erik overraskes litt over hvor mye autoritet det ligger i å trekke i hvitt. I en læringssammenheng tenker jeg at det vil være måten han møter beboere på, og evnen til å ta vare på beboerne i situasjonen som vil bli det avgjørende for om han "blir tilliten verdig".

Om ord og språk

Det er et annet aspekt ved stellet som er slående. Det handler om ord og språk. Det må bla nevnes "unevnelige" ord. Under morgenstellet hører jeg flere "vanskelige" ord: "... så må du vaske deg nedentil ... du må nesten reise deg opp, så skal jeg hjelpe deg av med trusa ... framme først ...". For Erik som i utgangspunktet syntes det var "skummelt" og hadde "angst for gamle", er det rimelig å anta at den raske inntreden i tett nærhet, kan være en barriere å overstige og krevende å takle. De to er sammen på et lite bad og den unge gutten skal hjelpe den gamle damen med å ta på seg BH og deretter en enda mer intim handling, nemlig det som i sykepleien betegnes som "nedentilvask".

I intimsituasjonene unngås de aller vanskeligste ordene slik jeg hørte samtalen. Det gjorde situasjonen og oppgaven ufarlig og hverdagslig. Det å ta i bruk ord og uttrykk, for eksempel tilhørende intimhygien, kan være en barriere som må overstiges eller grenser som må

forseres. Enda større utfordring kan det være å måtte overta kluten og hjelpe beboeren med intimhygien.

Når jeg ser og hører hvordan Erik hjelper Fr. Røed med håret, forstår jeg en annen nyanse i språkets utfordringer. Ordene er ikke nødvendigvis vanskelige å ta i sin munn, men hva som er de rette ordene i situasjonen for den unge mannlige sykepleiestudenten og den gamle damen, kan være en læringsmessig utfordring. Erik sier: «... nå kan du sette deg ned, så lenge ... så skal vi ordne håret ... se om det kan bli noe hyggelig sveis ut av det ...». Hvilke ord og uttrykk kan en egentlig bruke om de forskjellige frisyrene. Han bruker uttrykket ”en hyggelig sveis”. For meg som forsker og godt voksen sykepleier blir dette uttrykket utilstrekkelig når beboerens hårfasong skal diskuteres. Vil hun ha håret hengende løst? Eller bruker hun kanskje å feste håret i en fletteknote? Uttrykkene ”knote i nakken, pølsefasong, oppsatt med kam og spenner” osv. er tydeligvis ikke hverdagsspråk for Erik og neppe ”pensum” i utdanningen. Eriks ordvalg og håndlag i hårstellet synes ikke å skape irritasjon hos Fr. Røed. Hun forholder seg passivt. Passiviteten kan kanskje være en forklaring på at Erik ikke fant noe spesielt ved denne delen av stellet som vanskelig. ”Det gikk greit, det der ...”.

Relatert til omsorgsutøvelse og læring av denne, reiser den enkle dagligdagse handlingen av hårstell flere interessante spørsmål. Det ligger ulike kunnskaper til grunn for stell av hår. For eksempel hva hårfrisyrer innebærer av personlig særpreg og hvilken betydning det har for følelsen av at ”dette er meg”. I sykehjem, der ikke alle beboere så lett kan gi uttrykk for ønsker og vilje, er de overlatt til pleiernes kjennskap til deres vaner og respekt for valg av personlig stil. Ordvalg og et utviklet språk for hårfrisyrer, er et tema jeg har vært inne på. Men studentens bevissthet og oppmerksomhet om kunnskapene bak handlingene, er et utfordrende læringsmessig spørsmål. Jeg snakket ikke med Erik om hårstellet. Hans innsikter og bevissthet om språkbruk er jeg derfor ukjent med.

Moralsk sensitivitet

Om Erik ikke tematiserer hårfrisyrer og dens ulike sider, ser og opplever han andre forhold som han reagerer på og som vekker oppriktig indignasjon. I et intervju forteller han meg, lettere forarget, om en spesiell situasjon. Ved flere anledninger hadde beboere forårsaket nestenulykker ved å røyke. En mistet sigaretten på gulvet og klarte ikke å hente den opp igjen. Hadde det ikke kommet noen innom akkurat da, er det ikke godt å vite hvordan dette hadde endt. En annen kom ved et uhell til å sette fyr på håret sitt. Men også denne gangen

klarte personalet å avverge en ulykke. Disse episodene hadde naturlig nok gjort personalet engstelig. De foretok seg da ting, som forarget Erik. Hans primærbeboer likte godt å røyke. Men så ”.. så begynte de (personalet) å ta røyken fra lomma (til beboerne) liksom ... av og til uten å si i fra ... går ned i vesken og tar det liksom ... ho som jeg hadde (hans primærbeboer), ho syns det var veldig ... veldig ... ekkelt, på en måte, fordi ho hadde nettopp kjøpt røyken og betalt, den og så kom de og tok den med en gang ... ho fikk jo tilbake, en og en sånn, men likevel”.

Erik fanger opp Fr. Røeds reaksjoner om uttidig innblanding. Hun syns det var ”ekktelt”. Og han tilkjenner henne urettferdigheten i at røyken som var kjøpt og betalt for egne penger, ble fratatt henne. Hans reaksjon er indignasjon på hennes vegne, om opplevelse av overtramp. Samtidig innser han dilemmaet: ”det er en sånn ting som jeg syns er litt vanskelig ... de er jo veldig sånn brannfarlige, mange av dem”. Beboerne setter flere enn seg selv i fare ved ikke å ha kontroll over røykingen. Dette ble vanskelig for Erik, for på skolen, sier han, snakkes det mye om individuell sykepleie og autonomi. Dette blir litt av et dilemma for Erik. På den ene siden krever situasjonen respekt for mennesket og dets frihet. En virkeliggjøring av disse verdier øker på den andre siden fare og risiko for skade og ulykker.

Det er ikke bare vårheten for beboerens reaksjoner vi ser hos Erik, for han forarges over personalets autorative inngripen i beboernes liv. I et forsøk på å løse problemet, forsøker Erik seg med et kompromiss. Han foreslår å få til en ordning der personalet kun skulle ta lighteren, ”eh ... det som jeg prøvde å finne ut av ... fordi at ... de andre de bare tok både røyk og lighter egentlig, da prøvde jeg å få til en ordning hvor de bare kunne ta vekk lighteren, da fikk ho på en måte beholde sin eiendom, for å si det sånn, for hun kunne jo ikke sette fyr på noe uten lighteren...”

Men dette syntes ikke personalet var noen god ide; ”så de bestemte å ta sånn felles regler for alle egentlig”. Som en løsning ble kollektiv inndragelse av tobakk og lightere bestemt. Personalets måte å løse dilemmaet på, var å gjøre frihetsinnskrenkningen kollektiv.

Eksemplet illustrerer vårhet og mottagelighet overfor beboernes reaksjoner, men også følsomhet overfor de handlinger som personalet utfører. Det slår meg hvordan Erik viser evne til å reagere på situasjonen og vilje til å forsøke å løse problemet. Samtidig slår deg meg hvilke utfordringer denne situasjonen reiser for Erik. Hans forsøk på handling finner sted i en situasjon der løsningen må balansere mellom autonomi for beboerne, og det å sørge for at de ikke blir skadet. Den gode løsningen må finnes i en avveining mellom disse prinsippene. Ser vi nøye etter i Eriks forslag til løsning, ville denne bare til en viss grad ivareta respekten og

autonomien i forhold til beboerne. Bare å fjerne lighteren vil riktignok kunne redusere eller avverge brannfaren. Men det fratar samtidig beboerne full autonomi.

7.2.2 Oppsummering

Eriks erfaringer illustrerer hvordan omsorgen kommer til uttrykk gjennom dagligdagse handlinger, som det å hjelpe i et morgenstell, oppmerksomt småprat, hjelp til å gre håret osv. Eksempelene illustrerer videre studentenes åpenhet og mottagelighet for pasientenes opplevelser av å bli respektert og tatt på alvor som autonome personer. Pleiesituasjonene formidler dessuten skjørheten og sårbarheten i situasjonene, og hvordan tilliten som er der i utgangspunktet, lett kan forspilles i skjøre situasjoner.

Etter sykehjemspraksis har studentene en undervisningssekvens i øvingsavdelingen. Jeg skal vise noen eksempler på hvordan opplæring foregår på den oppkonstruerte læringsarenaen som øvingsavdelingen er.

7.3 I øvingsavdelingen

I øvingsavdelingen er verken omsorg eller medisinsk behandling et reelt mål. De praktiske situasjonene er konstruert og pasienter eksisterer på "liksom". Samtidig ligger mulighetene til rette for å gjøre egne erfaringer med behandlingsutstyr og å bli kjent med prinsipper og utøvelse for forskjellige prosedyrer. Læringskonteksten er i større grad kontrollerbar og forutsigbar.

Studentene skal bl.a. studere og trene på praktiske prosedyrer, som å sette sprøyter, legge inn perifert venekateter, sette ned duodenalsonde m.m. Den pedagogiske tilnærmingen i dette semesteret er casebasert. Studentene får seg forelagt 8 pasientbeskrivelser. Disse er teoretiske case, der studentene skal lære seg aktuelle medisinske og kirurgiske sykdomstilstander, identifisere relevante sykepleiefaglige problemstillinger og lære seg å utføre prosedyrer med relevans til sykdomstilstanden. Her i øvingsavdelingen skal kunnskaper i sykepleie og om det syke mennesket integreres med tidligere studerte temaer, som f.eks. etikk, anatomi og fysiologi. Hvordan forbereder laboratorielæring til omsorgsarbeid?

7.3.1 Aina og hennes studentgruppe

Jeg har valgt å presentere det som skjer i Ainas gruppe fordi det illustrerer godt spennvidden i læringssituasjonene på denne arenaen; fra fiksjonene og det å late som, til alvoret i sterke reaksjoner og følelsesmessige inntrykk.

Mellom fiksjon og virkelighet

Aina skal forsøke seg på å suge rene luftveier og får lov til å prøve på Rita (en medstudent). Hun legger Rita godt til rette i sengen og støtter opp med flere puter. "Nå skal du få ligge godt", sier hun og simulerer situasjonen som en reell pasientsituasjon der pasienten har tungt for å puste. Men kjapt er hun tilbake i nå-situasjonen: "føles dette som å være hos tannlegen ... da vet jeg hvordan det er ...". Læreren kommer bort til dem og skrur opp styrken på suget. "Stakkars", utbryter Aina og synes åpenbart synd på Rita. Her veksler situasjonene fra å forestille seg å skulle hjelpe en tungpusten "pasient" med å få tilført "O₂", til selv å kjenne på hvordan et sugekateter i munnhulen oppleves eller hvordan medstudenter opplever det. Gjennom øvelser tilegnes også kunnskaper om utstyr, hva de heter, funksjoner osv.

Noen prosedyrer trenes bare på dukker, som for eksempel å sette inn urinkateter. Andre prosedyrer, som for eksempel det å sette subcutan sprøyte eller å legge inn perifert venekateter, trener studentene gjerne på hverandre. Når sprøyten settes på en medstudent er huden som penetreres, ung og smidig. Det kan gi en annen fingerfølsomhet enn når gammel, tynn eller seig hud skal gjennomstikkes. Det er ingen medikasjon som skal observeres med henblikk på virkninger og bivirkninger. "Pasienten" trenger ikke informasjon og forklaringer. Eller kanskje rettere: Denne pasienten, altså medstudenten, vil trenge en annen informasjon, enn den "virkelige" pasienten. Selv om studentene oppfordres til å late som om de har foran seg en virkelig pasient og å gi han eller henne relevant informasjon, varer ikke den simulerte situasjonen lenge. Studentene er raskt tilbake i "virkeligheten".

Det karakteristiske ved denne læringsarenaen er mulighetene til å stoppe opp midt i handlingen, tenke igjennom, diskutere med de andre, slå opp i bøker, for så kanskje å ta opp igjen handlingen der en slapp – eller starte helt forfra igjen. Det ligger godt til rette for eksperimentering, prøving og feiling. I utprøvingen på hverandre er det også rom for å oppleve selv hvordan det kjennes, for eksempel å bli stukket med sprøyte eller få tilført "O₂". Studentene deler villig opplevelsene med hverandre: "Var dette ekkelt? ... kjente du stikket...?" Her

er muligheter til å konsentrere oppmerksomhet på seg selv, på egne følelser og ferdigheter. I øvingsavdelingen veksler aktiviteter som studentene bedriver, mellom virkelighet og fiksjon. Grensene mellom fiksjon og virkelighet går over i hverandre. I en forstand er læringsoppgavene ”virkelige”, ved at utstyret er autentisk og framgangsmåten reell. Målgruppen for handlingene derimot, pasientene er fiktive eller pasientroller spilles. Helsesvikten er innbilt. Når studentene skal lære å trene på sårskift, øves dette på luktfrie sårimitasjoner av plastikk. Ketchup er blod og sennep er puss. Urinkatetre blir satt på stive, ubevegelige dukker eller toshoer.

Instrumentelle ferdigheter

Å bruke hverandre som ”pasienter” synes å være helt greit for studentene når det gjelder trening av konkrete arbeidsoperasjoner. Men studentene vegrer seg fort om de for eksempel skal demonstrere kommunikasjon med en medstudent som ”pasient”. Slik trening oppleves ”unaturlig”, innvendinger de. Men å trene på innsetting av perifert venekateter på glatte, geleaktige løs-hender, blir ”helt naturlig”. De trener ivrig. De geleaktige hendene har innebygde blodårer, som gir ”blodsvar” når åren treffes. Jeg legger merke til hvordan trening på den bløte ”hånden” gir innsikter og forståelse i prosedyrens ”logikk”, for eksempel å forstå mekanismen rundt det å ”få blodsvar”. Det gir tydeligvis også en viss trening i håndgrep og prosedyrens rekkefølge, ved å forholde seg til de kunstige hendene. Derimot er de kunstige hendene mindre egnet til for eksempel å vurdere aktuelle vener å stikke i. Denne treningen gir heller ikke øvelse i ”reelle” fingerfølelser for hvordan det kjennes når huden på håndbaken penetreres eller for det å fange opp følsomheten for ”når en er inne”.

Studentenes aktiviteter, omgang med utstyret, innstuderingen av framgangsmåter og trening på utøvelse, viser at disse øvelsene gir en forberedthet i forhold til de mer instrumentelle sider ved prosedyrene. Når det kommer til utvikling av evne til å gjøre vurderinger av for eksempel fylling av blodårer (det vi si å kjenne etter med fingertuppene hvor store og fyldige blodårene er), hvilken åre som er den beste å stikke på, ”få inn” følsomheten i hendene på hvordan innsettingen forløper, kommer disse redskapene til kort. Det slår meg at det ikke synes å være viktig for studentene å trene følsomhet og vurderingsevne. Derimot synes det å være veldig viktig for dem om de lykkes eller mislykkes med prosedyren, i den forstand at de ”treffer” åren og mestrer å legge et perifert kateter på plass. De snakker mye til hverandre om utfallet på forsøkene. ”... har du fått det til? ... nei, jeg bomma ... men jeg lagde hematom” (blodansamling under huden – min forklaring) Aina er tydelig lettet når hun lykkes: ”nå begynner jeg å bli stolt av meg selv ...

men hvis det hadde vært på ordentlig, så er det nok vanskelig ... så får jeg det nok ikke til". Kanskje er det slik at opplevelsen av å lykkes eller mislykkes blir forstørret ved denne type prosedyre, der utfallet er så tydelig. Enten har man truffet åren og "kommet inn", eller så ligger kanylen utenfor.

Studentenes trening på praktiske ferdigheter viser en rekke læringsmessige utfordringer. Det handler for eksempel om å lære nye ord og uttrykk. Fra å snakke om "den dingsen" og "slangen", lærer de seg å bruke ordene på "kanyle", "duodenalsonde", "sugekateter", osv. Det slår meg videre hvor mange detaljer og operasjoner en enkel liten arbeidsoppgave kan innebære. De gode håndgrep ved opptrekkingen av en injeksjon, for eksempel. Smarte vinkler ved kobling av utstyr for at ikke spissen skal falle ut av hylsteret, trygge grep ved innføring av kanyle i hetteglass så en unngår å stikke seg osv. Det er utallige forhold som lærer demonstrerer og kommenterer, og "1000 ting" studentene spør om og lur på. Før de ulike arbeidsoperasjonene er innøvd og inkorporert, oppleves de tydeligvis vanskelige og det ligger mye innsats i å lære seg å beherske oppgavene.

Sterke inntrykk

Øvingsavdelingen er ikke bare et verksted for teknisk trening av praktiske prosedyrer. Her får studentene også erfaringer med sterke inntrykk som utfordrer emosjonelt. Jeg er med når studentene i Ainas gruppe skal legge ned ventrikkelsonde på hverandre. Det er frivillig om studentene vil utføre handlingen på en medstudent eller på en dukke. Flere velger å gjøre det på hverandre. Handlingen innebærer å føre en tynn sonde inn gjennom nesen, spiserøret og ned i magesekken. Sondens berøring med svelget utløser ofte brekninger som i noen tilfelle kan føre til oppkast. I det gruppen gjør seg i stand, kommer Rita, Ainas medstudent bort til meg og spør litt fortvilet om jeg tror at det går an å venne seg til "slike ekle ting". Hun hadde tidligere i uken sett prosedyren demonstrert og følte at hun ble dårlig, kaldsvett og klam. "Det var så ekkelt å se da slimet kom og da studenten kastet opp".

Jeg sitter og ser på mens studentene trener. Gruppens lærer er til stede, veileder og ledsager studentene gjennom handlingen. Aina lar Rita få lov til å legge ned sonde på seg. Det er tydelig at Rita gruer seg, men hun er likevel fast bestemt på at dette vil hun prøve. En annen medstudent kommer og legger armen rundt Aina, som for å trøste henne i forkant av det hun skal igjennom. "Det går nok bra", sier Aina, "jeg må bare psyke meg opp litt". Jeg spør Aina om hvordan dette føles. "Bare jeg vet hva som kommer, går det greit å trosse det at jeg gruer meg." I det Rita

gjør seg klar med sonden ferdig oppmålt, og skal til å føre sonden inn gjennom Ainas nese, utbryter hun at hun er redd for selv å kaste opp.

Jeg legger merke til hvordan Rita stålsetter seg for å gjennomføre sondenedleggelsen. Hun tar seg en liten pause, fester blikket på Aina og ser ut som hun konsentrerer seg voldsomt, trekker pusten godt inn; så er hun i gang. For meg ser det ut som sonden møter muskelmotstand fra svelg og spiserør, ved at Aina brekker seg. Rita blir usikker og vil avslutte. Men under lærers tette veiledning og gjentatte anmodninger om ”bare fortsett”, klarer Rita å trosse motstanden i sonden. Denne vurderingen innebærer faglig sett en overveielse av hvorvidt motstanden skyldes muskelmotstand eller om det skyldes at sonden har kilt seg fast eller butter mot en ”veg”. I sistnevnte tilfelle, vil det å fortsette kunne påføre slimhinnene skader. Det er følsomheten i fingrene og hendene som holder sonden, som er grunnlag for slike vurderinger. Lang erfaring kan også gi vurderingsgrunnlag gjennom å se hvordan sonden og pasienten ”oppfører seg”. Det er kanskje dette grunnlaget lærer anvender, tenker jeg, når hun vurderer det forsvarlig å fortsette nedleggelsen.

Rita skal her lære seg følsomhet i hendene, slik at hun kjenner at sonden glir ”riktig” ned. Rita har gjort sine første erfaringer, men de er ikke tilstrekkelige til å kunne foreta vurderingen. ”Hvordan visste du at jeg bare kunne fortsette?”, spør hun læreren etterpå. Spørsmålet er tydeligvis vanskelig å besvare presist. ”Nei, det så jeg på sonden og på Aina”, svarer hun, ”... at det gikk bra. Men så tok det litt tid ... hun brakk seg hele tiden ... så da tenkte jeg ... vi slutter”.

Læringsutfordringene i denne episoden er av ulik karakter. Her skal praktisk håndlag oppøves. Videre skal ”pasientens” brekninger og ubehag ved ”undersøkelsen” takles. Dessuten utfordres evnen til å forholde seg til og å mestre egne fysiske og emosjonelle reaksjoner. Rita må bryte en emosjonell barriere, for å komme forbi sine egne ekle og kvalmende følelser. Fra egne erfaringer vet jeg at det å være vitne til kvalme og oppkast kan ha smittende effekt. Synsinntrykk og ikke minst lukt, bidrar gjerne til slike reaksjoner. Sondenedleggelsen innebærer for Rita også å måtte trosse sitt eget ubehag over Ainas brekninger. Dette innebærer å måtte se bort fra sin egen medfølelse med den som lider (her brekker seg), og å make å fortsette handlingen, under stadig vurdering om handlingen er faglig forsvarlig.

Rita klarte ikke å få sonden helt ned i ventrikkelen (magesekken) til Aina. Selv om ikke handlingen var helt vellykket, i det at Rita ikke fikk fullført den, gir hun uttrykk for tilfredshet. ”Jeg er fornøyd med at jeg greide noe, selv om jeg ikke klarte det helt”. Jeg forstår hennes tilfredshet i lys av at hun gruet seg for sine egne reaksjoner på ”pasientens” brekninger. Her kan det synes som om Rita har maktet å overskride noen barrierer.

Jeg legger videre merke til at studentene har stort behov for å snakke om det de har vært igjennom. De henvendte seg til den første som orket å høre på:

- ”- jeg fikk ikke til å svelge vann ...
- ikke jeg heller ... det var bedre ikke å svelge, syns jeg ...
 - jeg tvinga meg til å ikke tenke på det ...
 - jeg hørte du spurte, går det bra, men jeg orka ikke å svare ...
 - snakka du til meg? ... det hørte jeg ikke
 - det føltes som jeg ikke fikk puste ...”

Følelser settes ord på, og jeg forstår det som foregår som bearbeiding av opplevelser. Det synes å være et behov for studentene å verbalisere opplevelsene og å få lov til å fortelle hva de har opplevd til en annen som orker å høre på.

7.3.2 Oppsummering

I øvingsavdelingen foregår en intensiv ”laboratedrevet” trening på praktiske ferdigheter. Her oppøves fingerferdigheter, håndgrep og håndlag, vekselvis med å lære om de kunnskaper som ligger til grunn for ferdighetene, og sammenhenger de utøves i. Det er påfallende mye kunnskaper, både av praktisk, teknisk, manuell og teoretisk art, knyttet til hver prosedyre.

På denne læringsarenaen ser jeg en frihet studentene har til å velge seg ut og inn av de ulike læringssituasjonene. Studentene kan kjenne på egen sårbarhet i små porsjoner, men også trekke seg fra den. De kan trene på sensorisk følsomhet og jeg ser hvordan studentene står i situasjoner der medstudenters smerte og ubehag må forseres og tåles. Men det går også en grense for hvor langt ubehaget kan forseres. Denne grensen må studentene ”føle seg fram til” og makte å fange opp. Dette forholdet utfordrer ferdigheter i det å være omsorgsfulle. Studentene må tåle å stå og handle i situasjoner der andre lider, med smerte påført av dem, og å gjøre det på omsorgsfulle måter.

Læringsmulighetene på denne konstruerte læringsarenaen er unike. Her finnes muligheter til å operere i en forutsigbar kontekst. Kunnskapene en forholder seg til på denne læringsarenaen er i større grad den akontekstuelle, den forutsigbare og planlagte. Det er mulig å slå opp i bøkene for å lære seg den ideelle framgangsmåte. Her er ingen pasienter som ”forstyrrer” og gjør krav på at kunnskap skal tilpasses deres situasjon.

Etter tredje semester er studentene ferdige i øvingsavdelingen. Sykehuset er neste praksissted. Nå skal jeg videre vise eksempler på hvordan studentene håndterer møtet med reell lidelse i sykehusvirkeligheten.

7.4 I sykehus

Sykehuset er en medisinsk behandlingsinstitusjon som kjennetegnes av høyt tempo, avansert medisinskteknologisk virksomhet og ofte alvorlige menneskeskjebner. Her er mange pasienter med livstruende medisinske diagnoser. Pasientgrunnlaget er aldersmessig noe annerledes enn i sykehjem, selv om det også er mange eldre som behandles i sykehus. Pasientenes helsesvikt er ofte av en slik karakter at det utfordrer sykepleien på et kunnskapsgrunnlag som spenner vidt, fra medisinskfaglig kunnskap til innsikter i humanistisk og sykepleiefaglig kunnskap. Det enkelte mennesket skal hjelpes på egne premisser samtidig som den medisinske diagnosen skal avklares og adekvat behandling iverksettes.

I spenningsfeltet mellom dype, eksistensielle situasjoner og krav om mestring av medisinskteknisk utstyr, skal kunnskaper i sykepleie og omsorg utvikles i tråd med befesting av praktisk håndlag og profesjonell klokskap på relativt kort tid.

For å beskrive interessante poenger i det å lære omsorgsferdigheter vil jeg hente fram opplevelser fra flere studenter. Noen går jeg ”tettere inn på” enn andre. Samlet skal dette avsnittet gi et bilde av viktige sider ved det å utvikle kunnskaper og ferdigheter i omsorgsutøvelse i sykehus. Jeg begynner med å fortelle om hvilken travel arbeidsdag som møtte Dina da hun begynte i sin første praksisperiode i sykehus.

7.4.1 Dina

Spesielt i sykehusene ble den hektiske arbeidsdagen og tempoet i arbeidet påfallende. Et lite oppsummert utdrag fra feltnotatene fra Dinas kliniske studier, kan gi et innblikk: Det slår meg at det er mye som studentene kan være med på. Dina steller først en nyoperert pasient, og ordner med smertepumpen hans. Så måler hun BT på flere pasienter. Hun sier hun fortsatt syns det er vanskelig å høre og vil derfor trene på dette. Mens hun er inne på vaktrommet for å skrive av resultatene, ringer telefonen. Det er ingen andre i nærheten og Dina sier halvhøyt til seg selv; ”skal jeg våge meg på den ...?”. Hun har bare så vidt fått ordnet med telefonbeskjeden, så kimer det igjen. Denne henvendelsen klarer hun ikke alene, og henter en av sykepleierne i avdelingen. Dina får så tilbud om å sette Fragminsprøyter, hvis hun vil. Før hun er ferdig med den runden spør kontaktsykepleieren om hun vil være med på legevisitten. Dina gjør seg først ferdig med sprøytene og slutter seg til legevisitten på det rommet den er kommet. I mine refleksjonsnotater skriver jeg at Dinas studiedag framstår som om hun blir ”sugd” inn i avdelingens arbeidsprosedyrer og rutiner.

Ikke alle dager er like travle. Feltnotatene har mange eksempler på vakter der studentene kan ta seg god tid til å sette seg inn i arbeidsfeltet og til å studere og utvikle egne kunnskaper og ferdigheter. Slik opplever Frøydis andre former for utfordrende situasjoner.

7.4.2 Frøydis

Frøydis er i kliniske studier på kirurgisk avdeling. Jeg følger med som observatør en ettermiddag. Denne vekten begynner, som alle de andre, med en rapport. Rapporten består av korte, medisinskorienterte faktaopplysninger. Også viktige opplysninger for å kunne gjøre sykepleiefaglige vurderinger presenteres. Det viktigste om pasientens aktuelle situasjon, for eksempel hvilke observasjoner som er nødvendig, hva de trenger til av hjelp og pleie osv, får en rask gjennomgang. Dette er en liten illustrasjon av hva rapporten kan inneholde.

Stue 412, -1 senga; Dame, (fullt navn blir som regel angitt) født i 1944, operert for cancer mammae, har fått fjernet bølgedrenet, skal skylle sårhule.

2 senga, dame, født 1924, tumor colon, har vært til MR ventrikkel, venter resultatet i ettermiddag. Venter på beskjed om hun skal opereres i Oslo eller her.

3 senga, har vært til cystectomy, ligger på intensiv, kommer opp til avdelingen i morgen.

Om 4-senga på rom 412, blir det gitt litt ekstra rapport, for det er Frøydis' primærpasient. Det blir tatt hensyn til at Frøydis er relativt ny student her. Fr. Hammer⁴⁵ er født 1921, cancer vesica (kreft i urinblæren) og colostomi (utlagt tarm), hun har ligget i avdelingen en stund, har hatt feber, men temperaturen har nå gått noe ned. Hun har mye smerter og bruker mye smertestillende, hun veier 35 kg, ikke matlyst, lagt ned sonde, og får næring i den, men hun vil ikke ha det. Drikker lite i tillegg, er "puslete", kvalm og det har ikke kommet avføring de seneste dagene. Det er skiftet pose og plate på stomien i dag.

Det første som slår meg denne ettermiddagen er hvordan pasientsituasjonene utfordrer emosjonelt. Det er mange triste skjebner vi får høre om på rapporten. Den blir et fortettet alvor som bare så vidt fornemmes i den dagligdagse rutinepregede presentasjonen av pasientenes problemer. Dette hører Frøydis og det gjør inntrykk, som vi skal se litt senere. Rapportene har et administrativt preg og brukes hovedsakelig til å avlevere beskjeder. Her konfronteres livet med døden i en kort oppsummering.

Når rapporten er avgitt og aftenvaktene tar fatt på sine oppgaver, sier kontaktsykepleieren henvendt til Frøydis, "vil du jobbe litt med henne (Fr. Hammer) ... skrive pleierapport og pusle litt om'a ...". Frøydis tar gjerne denne oppgaven. Gjennom hele ettermiddagen er hun jevnlig innom hos Fr. Hammer. Hun prøver å oppmuntre henne til å spise eller å få i seg noe drikke. Og hun engasjerer seg i dette. Særlig er hun opptatt av å få i pasienten noe å drikke, for dette etterspør kontaktsykepleieren med jevne mellomrom. Frøydis prøver med litt sondeernæring. Så litt Cultura. Hun lykkes ikke. Pasienten orker ikke noe. Tvert imot forteller Frøydis meg at hun tilslutt bryskt blir avvist av pasienten. Jeg er med Frøydis inne på firemannstuen der Fr. Hammer ligger, litt senere for å servere ettermiddagskaffe (til de andre pasientene på stua). Da sier Fr. Hammer til meg: "Jeg måtte bli streng mot henne i sta ... jeg orker ikke å drikke mer, basta!".

Det virker ikke som Frøydis lar seg skremme av pasientens avvisning. Frøydis går noen ganger inn til Fr. Hammer, men hun er forsiktigere med å tilby henne drikke. Til kontaktsykepleier sier Frøydis at pasienten ikke vil ha mer å drikke. Kontaktsykepleieren på sin side ber Frøydis å prøve igjen, om litt. Jeg merker på Frøydis hvilket press dette blir. Ettermiddagsvakten er ikke spesielt travel for Frøydis. Vi spaserer nedover korridoren, da

⁴⁵ Alle navn brukt på pasienter er fiktive, for å anonymisere data. Dessuten er fødselsår og noen helserelaterte data også endret litt, av samme hensyn.

Frøydis sier til meg at hun skjønner kontaktsykepleieren vil ha henne til å gjøre mer, gå inn på rommet, snakke med pasientene, gjøre noe ... ”men jeg kan jo ikke bare sitte der inne og prate,” sier Frøydis litt rådvill til meg. Det slår meg at Frøydis ser ut til å trenge mer konkrete anvisninger eller forslag til ulike former for tiltak hun kan gjøre, for å vise Fr. Hammer omtanke og omsorg, når hun er så dårlig, kvalm og smertepreget. På den andre siden, ser jeg også hvor vanskelig det er å foreskrive så mange konkrete handlinger i forkant. Jeg forstår at det er i samspillet mellom Frøydis og Fr. Hammer at omsorgshandlinger kan vokse fram. I denne relasjonen er de kommet litt ”i stå”, i hvert fall med tanke på at Frøydis skal lykkes med å få Fr. Hammer til å drikke litt mer.

Jeg ser denne ettermiddagen hvordan Frøydis sliter med at hun ikke får pasienten til å drikke. Jeg forstår situasjonen som hun er presset mellom det hun opplever som kontaktsykepleiers forventninger om å ”få gjort noe” og det faktum at Fr. Hammer er smertepåvirket, dårlig, litt småaggressiv og den ernæringsmessige situasjonen hun er i: ”Hun har jo bare spist en halv brødskive og et knekkebrød i hele dag ... det går jo ikke an”, mumler Frøydis på vaktrommet i det hun står og sjekker kurven. Enda mer strever Frøydis etter at legevisitten ”hadde gått” og legen understreket nødvendigheten av mer væsketilførsel og anmodet om å prøve hardere. Men jeg ser også hvordan kontaktsykepleieren strever med å få Frøydis til å forstå hva hun kan gjøre. Hun kommer med flere forslag. ”Kan du prøve med 100 ml Cultura, nei, forresten, kanskje 50 ml først, bare for å se ...” For Frøydis er forslagene bare alternativer som allerede er forsøkt. Jeg fortolker situasjonen dit hen at Frøydis står overfor en vanskelig oppgave. Hun skal takle sin egen maktesløshet, samtidig som hun trenger utholdenhet i å være sammen med en pasient som lider. Det er krevende å ta imot vonde følelser som smerte og kvalme, især om en ikke makter å hjelpe, slik en ønsker. Her skal hun utvikle evne til å utholde det å stå sammen med andre i deres lidelser.

Jeg gjør meg videre noen tanker om kontaktsykepleierens bestrebelser på å få Frøydis til å ”gjøre noe”. Enten kan det forstås slik at det er maktpåliggende å få satt Frøydis i aktivitet, nesten litt uavhengig av hva hun gjør. Eller det kan fortolkes dit hen at kontaktsykepleieren prøver å hjelpe Frøydis til å stelle godt med pasienten og å ”pusle” litt om henne, og at det mest konkrete omhandler det å dekke pasientens fysiologiske behov. Dette hjelper imidlertid ikke Frøydis til å oppnå den nære relasjonen med pasienten. Det virker for meg som Frøydis ”ser” pasientens fortvilelse og den rører henne uten at hun makter å få aktivert sin egen berørthet til faktisk å være til hjelp for pasienten. Anmodningen om hele tiden å drikke

skyver seg i mellom. Potensialet som ligger i møtet med pasientens fortvilelse, synes å bli til en isolert innvendig opplevelse for studenten. Frøydís sier ikke noe om dette til kontaktsykepleieren, i følge mine observasjoner.

Det går opp for meg, når jeg ser hvor utfordrende denne situasjonen blir, hvilke omsorgsferdigheter som kan ligge i uttrykket som kontaktsykepleieren bruker: ”å pusle om”. Jeg ser samtidig hvilken læringsutfordring som ligger i det å forstå hva sykepleierens anmodning om å ”pusle om’a” faktisk innebærer av praktisk utøvelse. Det ”å pusle om”, kan være innholdsrikt og begripelig for en sykepleier som har utviklet denne evnen i omgangen med pasienter. Og jeg ser hvor krevende det kan være å utvikle evnen til å beherske det ”å pusle om”. Når jeg ser kontaktsykepleierens atferd og trekker med egne erfaringer fra sykepleieutøvelse, tenker jeg at dette kan handle om en hel tilnærming, der mange små alternative oppgaver, totalt sett blir noe som kan signalisere omtanke. ”Å pusle om” Fr. Hammer i denne situasjonen kan være en tilnærming som innebærer å avhjelpe alle de ”mindre” plagene (som kan være store nok), som det å være svett og klam, å ligge vondt osv., som i sum kan bidra til at pasienten har det ”best mulig”. Det må skje på måter som ikke virker anmassende. I denne situasjonen kan det for eksempel være viktig å ”gjemme” spise- og drikke oppfordringene i andre velgjørende tiltak, som for eksempel riste opp putene, sørge for frisk luft, legge en kald klut på pannen – om pasienten ønsker det. Dessuten er det av betydning at oppmuntringene til å spise og drikke skjer i en balanse mellom forsiktighet og pågåenhet, i en ”vennlig veksling” mellom å sanse pasientens reaksjoner på det en gjør, og å forstå pasientsituasjonen. Gjennom hele tilnærmingen, ”å pusle om”, kan det videre åpnes for at Fr. Hammer kan få stille de vanskelige spørsmål, om hun har behov for det, som her for eksempel kan handle om det å lide av en kreftsykdom, der døden er den mest sannsynlige utgang.

Kontaktsykepleiers uttrykk, ”å pusle om’a”, minner meg om at omsorgsferdigheter kan være handlinger som formidler omsorg, ”gjemt” i yrkesutøverens inneforståtte uttrykk. Dette er av læringsmessig betydning. Det gjør det vanskelig å foreskrive eksakte tiltak i forkant. Dette kan i tillegg handle om at utfordringer i det ”å pusle om”, er en tilnærming som har sin personlige stil. Det innebærer at hver og en utvikler sin egen form for tilnærming. Når det så kommer til utøvelsen, er ferdigheter noe en utvikler i tråd med hvem en selv er og pasientens reaksjoner på dette. I slike relasjoner blir alle de små tjenestene ikke bare tekniske handlinger

som gjøres, men de er redskaper som utvikler utøverens personlige stil i relasjonelt samvirke med pasienten. Omsorgsformen blir til idet hun eller han går rundt og ”pusler om”.

Framstår denne fortolkningen av kontaktsykepleier sannsynlig? Eller er min forståelse og resonnementer for ”velvillige”? I et mer kritisk perspektiv kan fortolkningen her være at vi har å gjøre med en litt tafatt yrkesutøver og praksisveileder, mer enn en sykepleier som har inkorporert omsorgsferdigheter i sin egen utøvelse. Fagspråket og begrepsliggjøringen av omsorgsferdigheter er ikke godt utviklet. Det er vel rimelig å forvente at en veileder i praktisk omsorgsutøvelse kan verbalisere ulike alternative handlinger, utover det enkle uttrykket ”å pusle om”?

Når jeg ser kontaktsykepleierens forskjellige framstøt med å hjelpe Frøydis til å få tilgang til praktiske handlinger denne ettermiddagen, ser jeg flere forhold. Det slår meg for eksempel at pasientsituasjonen reiser fagspørsmål som ikke tematiseres: hva kommer kvalmen av? Og hvorfor virker ikke de kvalmestillende medisinene tilstrekkelig? Enn smertene? Er andre midler utprøvd? En pasient som er kvalm og har smerter orker ikke å drikke. Fra rapporten vet vi at pasienten ikke har hatt avføring de siste dagene; er hun obstipert? Kan det forklare drikkevegringen? Det foregår ikke noe analytisk gjennomgang av pasientsituasjonen mellom kontaktsykepleier og Frøydis, så vidt jeg får oversikt over. Dessuten slår det meg hvordan en eventuell eksistensiell lidelse synes å bli møtt med litt febrilske gjøremål. Det er utvilsomt en dårlig cancerpasient de har med å gjøre. Jeg hører ikke at pasientens eksistensielle lidelse tematiseres, som noe de i omsorgsøyemed skulle nærme seg. Kanskje Fr. Hammer ville ønsket å bli møtt i sin eksistensielle smerte, eller kanskje hun rett og slett bare har behov for å få være i fred på grunn av smerten og kvalmen? Det blir drikkemengde som blir hovedfokus denne ettermiddagen.

Frøydis bringer ikke slike spørsmål på bane. Men at lidelsen ”treffer”, skal jeg vise i neste punkt.

”Håper ikke jeg kommer i en sånn situasjon ...”

Lidelsene appellerer ikke bare til å utføre handlinger med omsorg. Den kan ”ramme” studentene selv også. Frøydis sitter på vaktrommet for å skrive en pleierapport om Fr. Hammer. Hun snakker halvhøyt om pasientens situasjon, det at hun ikke spiser, at hun ikke har fått i seg noe særlig å drikke, at temperaturen har gått noe ned. ”Hun har jo cancer, men de

finner ikke metastaser. Hun får ketorax (=smertestillende medikament)... det må jo være noe ... Håper ikke jeg kommer i en sånn situasjon selv”.

Mens Frøydis sitter og grunner på pasientens situasjon, kan det synes som om en uro vendes inn mot henne selv. Tanken på at lignende lidelser også kan hende henne, opptar tydeligvis tankene. Frøydis’ opplevelse eksemplifiserer at møte med andres lidelse kan vende en oppmerksomhet mot egen angst for liv og død. Frøydis konfronteres med at dette ”kan jo ramme meg”. Hun utfordres i pasientsituasjonen på to fronter; både til å forholde seg til den andres smerte, kvalme, kreft og død og til tanker om muligheten for at hun selv kan få kreft. At møte med alvorlig syke mennesker gjør inntrykk, forteller Frøydis senere i et intervju: ”Jeg ble nesten overrasket over at det var så mye kreft, jeg ... jeg hadde liksom ikke regna med det, det var jo liksom bare det på avdelingen. ... Jeg merka det at jeg klarte ikke helt å legge igjen jobben på jobben, du tar det jo med deg hjem, tenker på det og...”. Det Frøydis synes å oppleve er eksistensielle sider ved livet som hun ikke tidligere har vært så tett på.

Alvoret og lidelsene blir påtrengende, ikke bare mens studentene er i avdelingen, men følger dem også hjem, slik Frøydis gir uttrykk for. Det er den mentale og emosjonelle bearbeidingen av inntrykk hun gir uttrykk for. Disse er ikke på samme måte mulig å legge fra seg, som en gjør med handlingene. Det slår meg hvordan sterke inntrykk setter i gang bearbeidingsprosesser hos studentene. I øvingsavdelingen ble inntrykkene satt ord på overfor medstudenter. Frøydis’ opplevelser kan forstås dit hen at hun i denne settingen ikke finner rom for verbalisering og at inntrykkene bæres i tankene.

Vi har gått tett inn på Frøydis og sett hvordan det kan oppleves når pasientens lidelse berører og rammer. Materialet har også eksempler på hvordan pasienters plager og ubehag ikke ”treffer” studentene, eller i hvert fall rammer på andre måter. Å omgås pasienter med helsesvikt kan også påkalle reaksjoner av motvilje eller aversjon. Vi skal la Berit illustrere fenomenet, selv om hun ikke er alene om å oppleve det. Jeg følger henne en ettermiddag i sykehuspraksis.

7.4.3 Berit

”Hun sliter ut folk”

Berit er, i likhet med Frøydis, i sin første praksisperiode i sykehus. Jeg har vært sammen med henne i feltobservasjoner to ganger før. Denne ettermiddagsvakt er mitt tredje besøk i Berits kliniske studier i sykehus. Det er middagsservering på avdelingen og jeg blir med Berit inn på ”hennes” rom. Pasienten i 2-sengen, Fr. Holt, ligger og Berit sier at vi skal hjelpe henne slik at hun kan sitte godt når hun skal spise. Berit legger hjertebrettet ned og vi tar tak under armen på pasienten på hver vår side, mens hun sparker seg høyere opp. Fr. Holt ser litt dårlig og i det hun føler seg fram til matbrettet som Berit har satt fram for henne på nattbordet, spør hun om det er noen som kan hjelpe henne å spise. ”Nei”, svarer Berit, ”det kan du klare selv”.

–”Men dere er jo to”, insisterer Fr. Holt.

Berit står imidlertid ved sin avgjørelse og sier at ingen av oss har anledning til å være der inne. Vel ute på korridoren sier Berit til meg at ”pasienten i 2-senga er spesielt vanskelig, hun sliter ut folk”. På mitt spørsmål om hun kanskje kan ha det vanskelig, sier Berit at hun kjenner henne fra ekstravakter i sykehjemmet, og der er hun ”vant til å få viljen sin”, så her i sykehuset ”må vi bare sette grenser”. Det er synd for pasienten i 1-senga, fortsetter Berit, for hun hadde ”trengt å få prata litt”. Derfor skulle Berit gjerne ha vært litt mer inne på dette rommet forteller hun meg, men fordi Fr. Holt ”maser så mye”, så blir det ikke til at hun går inn.

Berits reaksjon på Fr. Holt gjør meg nysgjerrig. Hvorfor reagerer hun med avvisning når Fr. Holt ber om hjelp? Hvorfor appellerer ikke denne situasjonen til omtanke og praktisk hjelp? Er det urimelig å be om hjelp til å få i seg maten når en ikke ser godt? Det går klart fram av Berits forklaring til meg at den måten hun reagerer på, hviler på noen flere opplevelser med pasienten enn bare denne ene. For det er ikke det at Berit ikke sanser appellen om hjelp i situasjonen. Det er mer det at hun reagerer negativt på den. For meg virker det som om hun frustreres mer enn at hun appelleres og vekkes til omsorgsfulle handlinger. Berit forstår Fr. Holt som ”vanskelig”, ”masete” og ”vant til å få viljen sin”. Må appellen om omsorg og hjelp komme til uttrykk på spesielt tiltrekkende måter for at studenter skal reagere med omsorg? Dette spørsmålet legger til grunn en antagelse om at Fr. Holt er i behov av omsorg og hjelp, men at hennes ubehag og plager kommer til uttrykk på irriterende måter. Det er selvsagt umulig for meg å si noe om Fr. Holts tilstand. Én måte å forstå henne på, er at hun virkelig er plaget, men ikke makter å formidle plagens innhold til personalet på måter som vekker deres

omtanke. Tvert imot, irriterer hun dem med sin anmassende måte å være på, slik i hvert fall Berit oppfatter henne.

En annen måte å forstå situasjonen på, er at Fr. Holts krav om hjelp er større enn det personalet har ressurser til, eller at kravene faglig sett ikke er rimelige. Det kan for eksempel tenkes at Fr. Holt helsemessig ville ha trukket veksler på å forsøke å klare seg selv. Rent sykepleiefaglig kan Berit ha rett i at Fr. Holt kunne tjene på å prøve å spise selv, om det overordnede målet er å hjelpe henne til å klare seg selv. I en slik tanke, kan ”det beste” for henne, være å få satt matbrettet til rette, slik at hun kan spise selv. Det er mulig at slike tanker lå til grunn for Berits handling overfor henne. På denne bakgrunnen vil omsorgsferdigheter kunne forstås som handlinger i skjæringspunktet mellom sykepleiefaglige begrunnelser for handling og relasjonelt å søke etter ”det beste” for pasienten. Uansett fortolkningsmåter, synes denne situasjonen å vekke frustrasjon og irritasjon i stedet for omtanke og omsorg.

I videre resonnementer om situasjonen, forstår jeg det som en naturlig menneskelig reaksjon å bli irritert, når en oppfatter at andre maser på en. I særlig grad dersom maset oppleves utidig og unødvendig. I en profesjonell sammenheng er utfordringen imidlertid å forstå situasjoner utover det rent allmennmenneskelige. Den profesjonelle tilnærming vil være å søke å identifisere omsorgsbehovet. For eksempel ved å stille spørsmål som: Hva er omsorgsappellen i denne situasjonen? Er det mulig, i omsorgsøyemed, å ”sondere seg bak” pasientens uttrykk for bedre å forstå hennes omsorgsbehov? Hva ville ”det beste” for Fr. Holt i denne situasjonen være, som også kan gjøre det mulig for pleiere å håndtere hennes atferd?

Ovenstående eksempler illustrerer hvordan appellen om omsorg kan vekke irritasjon framfor medfølelse. Nå skal jeg vise et annet interessant fenomen. Den gir et inntrykk av hvordan situasjonen selv kan appellere om omsorg, uten at pasienten uttrykker det med ord. Dette skal vi se litt nærmere på i ett av Berits praksisark.

Om å bli ”tiltalt” uten tale

Berit følger en pasient ned til koloskopi⁴⁶. Pasienten gjennomgår en undersøkelse som kan oppleves ydmykende. Han er i en usikker livssituasjon med ukjent diagnose og uvisshet i

⁴⁶ En undersøkelse av tykktarmen. Den skjer ved innføring av et skop i endetarmen. Undersøkelsen kan oppleves ubehagelig og ydmykende. I 30-60 min. ligger pasienten avkledd (nedentil). Det er nødvendig å skifte leier fra side til ryggeleie underveis. Setepartiet er ofte høyere plassert enn resten av kroppen. Legen gjør ofte en

forbindelse med behandling og operasjon. Pasientens sykdom virker alvorlig. Berit gir ikke inngående beskrivelser av denne, men skriver at "pasienten måtte få en koloskopi for å avgjøre om pasienten måtte igjennom en operasjon eller om svulsten kunne brennes vekk via skopet". Om svulsten er god- eller ondartet, framgår ikke.

Berit synes å oppfatte pasientens behov for støtte, for hun skriver: "Jeg stod ved siden av pasienten og holdt han i handa gjennom undersøkelsen". Gjennom undersøkelsens gang kan det virke som hun forstår situasjonen dit hen at legen bestemmer seg for en behandling utført via skop, noe som gjør operasjon unødvendig. Men dette blir pasienten ikke informert om, i hvert fall ikke direkte. Berit skriver: "Legen førte inn skopet, sa til sykepleieren at svulsten skulle brennes vekk. Legen ga også beskjed til en annen lege som kom inn at operasjonen var avlyst. Legen og sykepleieren diskuterte mye underveis, men ga ikke pasienten informasjon om påstart av prosedyren, avlysningen av operasjonen eller hvordan det gikk."

Pasienten blir underveis ikke informert om den pågående undersøkelsen og blir heller ikke informert om operasjonen, annet enn det han selv måtte oppfatte av det de andre sier. Berit blir indignert, men kjenner seg usikker på hva hun skal gjøre. Etter noen minutter velger hun selv å fortelle pasienten hva hun hadde oppfattet. Hun skriver: "Når operasjonen ble avlyst reagerte jeg sterkt på at ikke pasienten ble informert ...Pasienten hadde rett til å få vite det med en gang når operasjonen ble avlyst. Pasienten burde også fått annen preoperativ informasjon. Jeg følte meg rett og slett ganske teit, men jeg syns pasienten ble redusert til et objekt. Han burde fått informasjon hele veien, enten av legen, sykepleieren eller meg. Jeg lærte at selv om jeg føler meg klossete og dum i en situasjon, skal jeg la pasientens behov/rettigheter komme foran."

Berit synes å fange opp "ropet" om omsorg intuitivt. Det er ikke pasienten som ber om den informasjonen som Berit åpenbart mener han har rett på og som han bør få umiddelbart. Det er hun som definerer hans omsorgsbehov slik. Det er situasjonen som "taler" til henne, ikke pasienten. Hennes mottakelighet for behovet for å bli ivaretatt med informasjon i en aksepterende og nær atmosfære, kan forstås i lys av hele settingen. Berit fanger opp det hun oppfatter som svikt i informasjonsplikten. Det gjelder både den fortløpende informasjonen om undersøkelsens gang, men også beslutningen om behandling. Også det faktum at personalet bokstavelig talt "snakket over hodet" på pasienten, kan ha vært medvirkende til å vekke medfølelse hos Berit. Legen som utfører undersøkelsen og sykepleieren som assisterer blir stående å snakke om den planlagte forestående operasjonen som denne pasienten skulle

tilleggsundersøkelse med finger rundt endetarmen. Det settes ofte inn luft, som så i etterkant igjen kan gi trang til å slippe luft. Undersøkelsen skjer ofte i minst to personers nærvær (lege og sykepleier).

til, som nå var avlyst, uten å henvende seg til pasienten. Om svulsten skulle være godartet og pasienten ikke er å forstå som alvorlig syk, kan koloskopi være en ubehagelig undersøkelse og til dels en ydmykende opplevelse.

Episoden viser til hvordan sensitiviteten hos Berit synes å vise seg gjennom at hun fanger opp de ordløse ”rop” fra pasientsituasjonen. Hele settingen, det Berit synes å oppleve som ydmykelsen, alvoret i diagnosen, overtrampet er ”egnet” til å vekke empati. Uten at pasienten behøver å sette ord på dette og verbalt be om å bli ivaretatt, vekker situasjonen og konteksten Berits omtanke for han.

Berits refleksjoner i praksisarket skal videre illustrere hvordan læresituasjonene også kan ramme studentenes selvfølelse og at de rett og slett kan føle seg dumme.

”... følte meg rett og slett ganske teit”

I mine fortolkninger av denne situasjonen ser jeg dels hvordan situasjonen appellerer til omtanke for pasienten, slik jeg har beskrevet ovenfor, dels at den slår inn som en usikkerhet eller nesten en devaluering av seg selv. Berit irriteres over de andres atferd og på pasientens vegne indignerer hun over at det snakkes over hodet på ham. For å ivareta pasienten, velger hun å gi ham den informasjonen hun selv har forstått.

Jeg forstår Berit dit hen at hele situasjonen gjør henne usikker. En måte å forstå hennes selvfølelse på er at hun eksponerer seg og egne famlende ferdigheter, og det gjør at hun opplever seg ”dum”. Det kan være rimelig å forstå hennes selvfølelse i lys av det faktum at hun er under observasjon av sykepleier og lege. Berits opplevelse kan si noe om at det å stå i handlingssituasjoner, også kan virke inn på selvfølelsen. Det å handle er også samtidig å tre tydeligere fram med det en kan og det en ikke kan. Det kan virke avslørende på et vis.

Berits fortelling viser hvordan det å være en handlende aktør, særlig med andre deltakere betraktende tilstede, er en form for utlevering og å sette seg selv i en sårbar situasjon. Det slår meg at opplevelsene berører studentene på et personlig plan. Erfaringene gjør dem sårbare.

I læringsøyemed tenker jeg at denne forståelsen av å oppleve seg ”teit” eller ”dum” inngår som deler av en forhandlingsprosess, der studentene i vekselvirkning med praksisfellesskapet vil være en del av en stadig og vedvarende forhandling om hvem de er som sykepleiere. På

denne bakgrunn er det også at jeg forstår studentenes behov for bekreftelse på seg selv og sin egen utøvelse, som jeg ser i materialet.

Feltobservasjoner avsluttes ved kliniske studier i sykehus. Studentene er snart ferdig med to år av sine studier. Jeg har nå vist ”nærbilder” som for det meste har vært av omsorgssituasjoner i relasjoner mellom studenter og pasienter. Intensjonen har vært å vise hva som kjennetegner læring av omsorg i ulike pleiesituasjoner. Empirien så langt har vist fram det mangfold av utfordringer som studentene møter når de skal lære seg omsorgsferdigheter. Det er en rekke variasjoner i det bildet som er gitt. Dette skal jeg nå oppsummere.

7.4.4 Oppsummering

Sykehjem

I sykehjem viser engasjementet og involveringen i pasientsituasjonene hvordan studentene formidler en åpenhet og varhet for ulike uttrykk for omsorgsbehov. Eldre og skrøpeliges uttrykk fanges opp og besvares med for eksempel varsom støtte, respekt og tilretteleggelse for selvbestemmelse, ivaretagelse i daglige behov for personlig hygiene og for å være velstelt. Det er verd å merke seg studentenes reaksjoner på det de opplever som uverdigg behandling av pasientene.

I sykehjem handler omsorgsbehovet om behov for å bli ivaretatt og behandlet med respekt i daglige gjøremål i å få hjelp til det daglig stell. Pleiesituasjonene gir inntrykk av å være *skjøre og sårbare*. Det aldrende mennesket representerer en appell om å bli tenkt på og behandlet som det autonome mennesket, det alltid har vært. Empirien viser hvordan omsorgsferdigheter kommer til uttrykk i *gjensidigheten* mellom studentenes mottakelighet og pasientenes uttrykk for omsorgsbehov.

Læring av omsorgsferdigheter kommer til uttrykk i det studentene viser gjennom aktive, konkrete handlinger og i det som tematiseres og settes ord på. Ivaretagelsen og varsomheten i omgangen med pasientene forteller noe om omsorgsferdighet, framvist for eksempel gjennom praktisk hjelp i utøvelsen av et morgenstell og ferdigheter i omgangen med pasientene.

Utfordringen og det krevende i det å lære omsorgsferdigheter kommer til syne ved den mangfoldigheten og kompleksiteten som kjennetegnet pleiesituasjonene. I en og samme situasjon, morgenstellet for eksempel, kan fingerferdigheter og håndlag innvirke på måten handlingen utøves på, men også språk, relasjoner og det å opprettholde og ta vare på tilliten, kan være krevende utfordringer. Å gre håret på den aldrende damen kan på en og samme tid være personlig hygiene, mentalhygiene, men også et viktig verdighetsarbeid. Hva studentene kan, forstår, mestrer og viser sine ferdigheter i, kan jeg bare fange inn i det som kommer til uttrykk i praktiske handlinger overfor pasienter, hva de sammen snakker om, og i det som studentene verbalt forteller.

Øvingsavdeling

I øvingsavdelingen er læringsfokuset flyttet fra oppmerksomhet mot den andre, til opptatthet av egen læring, av det å lære seg praktiske ferdigheter, hvordan en lykkes i det, og egen opplevelse av å bli utsatt for noen av prosedyrene som innøves. Vekslingen mellom fiksjon og virkelighet, mellom teori og praksis er påfallende. Også på denne læringsarenaen utsettes studentene for andres appell om varsom og respektfull behandling. Sterke opplevde emosjoner og inntrykk fra medstudenters reaksjoner gir seg utslag i stort behov for å fortelle hverandre om inntrykkene.

Sykehus

På noen måter er det et skifte i de empiriske beskrivelsene når omsorgsferdigheter i sykehus beskrives. Sykehushverdagen rykker nærmere, sykdom, lidelse og behandling kommer sterkere i forgrunnen. Her illustrerer studentenes opplevelser hvordan pleiesituasjonene appellerer forskjellig til omsorg i ulike pasientsituasjoner. De pasientsituasjonene som inngår i illustrasjonene representerer til dels alvorlige medisinske diagnoser.

Studentenes handlinger og reaksjoner vitner om *følsomhet og mottakelighet* for situasjonenes appell og for pasientenes uttrykk. Omtanke vekkes og deres gjensvar er for eksempel ivaretagende omgang eller indignerte reaksjoner på pasientenes vegne der de oppfatter at det begås urett eller overtramp. Først og fremst ble studentenes møte med alvorlige lidelser påfallende. Ansikt til ansikt med pasienter som var preget av smerte, kvalme, som var døende eller som døde, vekket sterke medfølelse reaksjoner i studentene.

Studentene møter også andre emosjoner i seg selv av frustrasjoner og irritasjoner. Resultater viser hvordan omsorgsappellen i ulike situasjoner rammer studentene med ulik styrke.

Studentenes ulike reaksjoner satte dem samtidig også i *sårbare situasjoner*, en sårbarhet i forhold til pasientene, men også en personlig sårbarhet. Det å øve seg på å gi omsorg til den som er syk appellerer også sterkt til dem selv og deres egen eksistensforståelse. Empirien viser at studenter ”rammes” av eksistensielle utfordringer i forsøk på å yte pasientomsorg. Det er videre påfallende hvordan det å stå i handlingssituasjoner kan påkalle usikkerhet og følelser av utilstrekkelighet og av å være ”teit”.

7.5 Empirisk hovedinntrykk: Sensitiv og sårbar

I refleksjoner av de oppsummerte nærbildene av studentene ser jeg hvordan omsorgsferdighetene kjennetegnes ved at studentene er sensitive og at det å yte omsorg gjør dem sårbare. De kan være sårbare i det å skulle handle i situasjoner der de kan kjenne seg usikre. Det å stå i utøvende handling, er også å utlevere seg selv. Møte med pasientene er på mange måter også et møte med seg selv. Læringen kommer til uttrykk gjennom erfaringer i pleiesituasjoner som gjør at studentene møter sine egne grenser. Den ene handler om å takle seg selv og egne reaksjoner. Den andre handler om å takle det å ivareta pasienten ut fra hans eller hennes behov for hjelp og omsorg. Studentene skal på samme tid takle seg selv - og den andre.

Studentenes møte med syke mennesker appellerer til omsorg og materialet viser hvordan studentene er *sansende til stede* i relasjonene. Det kan være å fange opp forhold eller plager som pasienter benevner, som når studentene lar seg bevege og engasjere av pasienters smerter eller kvalmeproblemer. Varheten studentene utviser griper også tak i det pasienter ikke setter ord på, men som kroppslig kommer til uttrykk. Sensitiviteten handler også om å ”lese” og å forstå omsorgsbehov, der pasienter ikke nødvendigvis kroppslig eller språklig ”etterspør” omsorg. Felles for mange av de empiriske eksemplene er måten ivaretagelsen skjer på. Relasjonene og møtene med pasientene, med deres plager og lidelser, vekker medlidelse hos studentene. De appelleres av pasientenes eksistensielle situasjon og lar seg berøre av deres smerter og skjebner.

I *sensitiviteten* er studentene også *sårbare*. Det oppstår følelser og reaksjoner som vekker tanker om egen eksistens og identitet. Empirien etterlater stedvis inntrykk av at studentene kan erfare seg selv som hjelpeløse. Beskrivelsene tegner et bilde av sykepleiestudentenes læringsprosesser som ved deltagelse i pasientnær praksis, på samme tid kjennetegnes av sensitivitet overfor pasientenes omsorgsbehov og sårbarhet i forhold til egen posisjon.

Det naturlige neste spørsmålet å stille til empirien er hvordan *sensitiviteten* ivaretas og utvikles i det fellesskapet som studentene inngår i. Og hvordan ivaretas *sårbarheten* i fellesskapet? Hvilken betydning får pleiefellesskapet for studentenes læring av omsorgsferdigheter?

KAPITTEL 8

PLEIEFELLESSKAPETS BETYDNING NÅR

OMSORGSFERDIGHETER SKAL LÆRES

8.1 Innledning

I forrige kapittel var oppmerksomheten rettet mot relasjonene mellom student og pasient, og studentene i mellom i øvingsavdelingen, i den hensikten å finne innsikter om hva som kjennetegner omsorgsferdigheter og hva som karakteriserer denne læringen. Studentenes involvering og engasjement i pasientene viste hvordan de var sensitive og sansende tilstede. Analysene viste videre at pleiesituasjonene er sårbare i dobbel forstand, både pasienter og studenter er sårbare på sine måter i situasjonene.

Dette kapittelet skal rette fokuset på forholdet mellom student og pleiefellesskap, i særlig grad kontaktsykepleieren og vise hvordan studentenes sansning og sårbarhet ivaretas i læringssituasjonene.

8.2 Vennlig mottatt og ivaretatt

Jeg vil vise hvordan studentene i alt overveiende grad blir ivaretatt av kontaktsykepleiere og i praksisfellesskapet og begynne med å illustrere poenget ved å vise til hvordan Dina opplevde mottagelsen i sykehuset. Dette er data, dels hentet fra intervju med Dina, dels med egne observasjoner av kontaktsykepleiernes oppmerksomhet mot studentene i avdelingene.

Velkomsten

Dina har hatt kliniske studie i sykehjem, og har trent praktiske ferdigheter i øvingsavdelingen. Nå er hun klar for sin første periode med kliniske studier i sykehus. Dina har fått praksisplass på kirurgisk avdeling og allerede før hun kommer ut i praksis, får hun utdelt navn på sin kontaktsykepleier. Hun får et bestemt klokkeslett hun skal møte opp i avdelingen og hun blir tatt imot av kontaktsykepleieren som straks serverer en kopp kaffe. Dina opplever at hun er

ventet i avdelingen, bl.a. står det oppført på dagsprogrammet at ”nye studenter ankommer”. Kontaktsykepleieren hennes har satt av noe tid på formiddagen og hun tar Dina og hennes medstudenter med på en liten omvisningsrunde i avdelingen. De blir vist hvor kjøkkenet er, pauserommet hvor hun kan låse inn veske eller verdisaker, og på runden får de se skyllerommet, pasientenes dagligstue osv. Kontaktsykepleieren presenterer Dina for pleiere som er på ”rød gruppe”, den arbeidsgruppen som Dina stort sett skal delta i. Videre forteller kontaktsykepleieren en hel del om arbeidsrutiner, om døgnrytme i avdelingen, om dagsprogrammet for operasjoner, for legevisitt osv. Og så setter de seg ned en stund med kaffekoppen og prater om løst og fast, bare for å bli litt kjent, før kontaktsykepleieren stikker noen papirer i hånda på Dina og sier at nå kan hun ta med seg disse og gå hjem.

Dette lille glimtet viser hvordan studentenes mottagelse i en avdeling kan være. Kontaktsykepleierens små, konkrete og vennlige handlinger signaliserer et velkommen. En kopp kaffe og litt tid til å sette seg ned å prate, viser en interesse for studentene og en måte å ”ta vare på” dem som nye i avdelingen. Informasjon er med på å sette studentene inn i det fremmede systemet som en sykehusavdeling er og gjøre det ukjente mer kjent. Det bidrar til å gi oversikt og forstå virksomheten. Ved å sende studentene tidligere hjem, signaliserer kontaktsykepleieren også forståelse for at første dagen kan oppleves som en krevende dag med mye informasjon og nye inntrykk som skal fordøyes. Det kan videre ligge en innebygd aksept om at studenter er studenter og ikke har så faste rammer om sin egen tilstedeværelse i sykehus som de ansatte sykepleierne har. Fra avdelingens side gjøres det mye for at studentene skal kjenne seg ivaretatt. Studentene gir uttrykk for at det betyr mye for dem hvem de får som kontaktsykepleiere, som de selv uttrykker det ”at kjemien stemmer”. Vi skal se litt nærmere på hva det kan innebære.

”Kjemi som stemmer ”

Aina har opplevd både gode veiledningsrelasjoner og mindre gode. Hun har ”fått” kontaktsykepleiere der ”kjemien stemmer” og en kontaktsykepleier der ”kjemien bare ikke stemte fra første stund”. I Ainas første praksisperiode i sykehus i fjerde semester, får jeg anledning til å følge med og observere samværet mellom henne og kontaktsykepleieren, Astrid. Astrid er selv relativt nyutdannet. Jeg registrerer på måten de to er sammen på at de har fått god kontakt. Jeg ser det for eksempel på måten Astrid denne dagen setter seg ned sammen med Aina og gir henne litt ekstra rapport om pasientene på den stuen hun skal være på i dag. Aina har vært en uke i observasjonspraksis på en annen avdeling og mange pasienter er nå nye for

hende. Det er ikke bare det at hun blir satt litt ekstra inn i tingens tilstand. Det er også den engasjerte måten sykepleieren gir Aina rapport på. Og Aina svarer med korte innspill og engasjert ansiktsuttrykk, som forteller at her har vi to som har funnet ”tonen”. I det Aina går ut fra vaktrommet for å begynne morgenstellet, roper Astrid etter henne at hun bare må ”si i fra”, hvis det er noe. Astrid gir til kjenne en holdning om at her er det bare å spørre om ting en måtte lure på.

Utpå formiddagen har Astrid noen oppgaver hun skal gjøre og blir borte fra avdelingen en stund. Før hun går spør hun resten av pleiegruppen om hvem som kan ”stå bak Aina”. En annen sykepleier melder seg for å være den Aina kan henvende seg til. Å bli ivaretatt som student er ikke nødvendigvis å være knyttet til en bestemt person, men at en person tar på seg ansvaret for å følge studentene opp. Jeg legger også merke til at Aina oppsøker andre i gruppen, når hun lurar på noe. Dette kan signalisere en åpen holdning til studentene i hele pleiegruppen. Det er åpenbart ikke vanskelig å finne noen en kan spørre om en har behov.

Når middagen serveres går Astrid og Aina sammen og deler ut middagsbrett. Mens de står ved matralla og venter på at maten skal legges opp på tallerkener, begynner de å snakke om at Aina er inne i sin siste uke på avdelingen. Spontant sier Astrid til Aina, ”det er synd du er ferdig her (...) det har gått så fort.” Jeg forstår det kontaktsykepleieren sier som et uttrykk for at det har vært fint å ha Aina som student i avdelingen.

”Når kjemien ikke stemmer”

Mine observasjoner av forholdet mellom studenter og kontaktsykepleiere, og det studentene forteller i intervjuene, inneholder for det meste informasjon om gode samarbeidsrelasjoner og at kontaktsykepleiere betyr mye for studentenes læresituasjoner⁴⁷.

Fra tid til annen hender det at relasjonene mellom studenter og kontaktsykepleier ”låser seg”. Aina har også opplevd det og forteller om i det siste intervjuet, da ”kjemien ikke stemte”. Hun kommer til psykiatrisk avdeling i tredje studieår. Dette er hennes siste praksisperiode i sykepleiestudiet. Veldig mye er nytt for henne. Så får hun en kontaktsykepleier der ”kjemien bare ikke stemmer”. Kontaktsykepleieren er ivrig og engasjerer seg veldig i Aina, forteller hun. Men for Aina blir det på helt gale måter. Kontaktsykepleieren holder lange foredrag for

⁴⁷ Et eventuelt anstrengt forhold mellom student og kontaktsykepleier ville kanskje være vanskelig å observere. Det er rimelig å tro at kontaktsykepleier og/eller student ville gjøre mye for å prøve å skjule det.

henne, særlig fra sykepleiens historie, ”for det liker hun så godt selv”, som Aina sier. Derneft etterspør hun Ainas kunnskaper på måter som blir rene forhør. “det var i god hensikt (...) men det var noe med kommunikasjonen (...) du såra meg gang på gang”. Dette kan ikke Aina orke. Hun ber rett og slett om å få bytte veileder. Det ender med at hun bytter avdeling og er storfornøyd med den nye kontaktsykepleieren, for “hun møtte meg (...) (hun visste at) denne studenten her hadde det vanskelig på forrige praksisplass (...) (kontaktsykepleieren) var veldig opptatt av å planlegge på min måte (...) nei, hun var rett og slett kjempeflink”.

En sammenligning mellom disse to kontaktsykepleierne som Aina setter opp mot hverandre, viser først og fremst at den ene, som Aina verdsetter, synes å ta utgangspunkt i studentens situasjon og planlegger samarbeidet ut fra oppfatninger om hennes interesser og behov; ”på min måte”, som Aina sier. Den andre synes å ta utgangspunkt i personlige interesser og formidler til studenten det hun selv opplever som interessant. Det er også interessant å legge merke til at Aina rasjonelt kan forstå den første kontaktsykepleierens gode hensikter, men det oppveier ikke det intense ubehaget hun kjenner ved å måtte forholde seg til henne som sin veileder. Interessen for sykepleiens historie ble benyttet i enhver anledning. Aina opplevde dette etter hvert som utidig, påtrengende og lite relevant for det hun skulle lære seg om klinisk arbeid. Måten kunnskapen ble formidlet på var for påtrengende og skapte usikkerhet hos Aina. Aina følte også at kontaktsykepleiers måte å snakke om kunnskaper på ble som et forhør, og det ble en form som Aina kjente seg såret av.

Det hender også at andre studenter forteller om mindre gode relasjoner til personalet. Berit sukket litt over en av sine kontaktsykepleiere og sa at hun var så ”stressa”, og det ble litt slitsomt. Dina fortalte at hun selv bare hadde gode opplevelser, men at hun visste om medstudenter som hadde andre opplevelser. På en samling av klassekamerater forleden, hadde en av dem fortalt at personalet gjennomgående hadde en lite positiv holdning til studentene og at de ”nesten ikke hilste på henne engang”. Kontaktsykepleieren hadde vært hyggelig. Men de andre overså henne fullstendig. ”Det tar ikke så mye energi å smile litt”, sa Dina til meg og framhevet at ”det gjør noe med deg”, og hva du føler at du er verdt, når du blir møtt på en avvisende måte.

Eksempelene som er vist ovenfor illustrerer ikke bare det vesentlige i at studentene rent personlig blir ivaretatt og ønsket velkommen. De viser også behov for å bli tatt faglig på alvor i sine forsøk på å lære seg å utøve omsorg. Når studentene snakker om at ”kjemien må

stemme”, forstår jeg hvilken betydning personrelasjoner har for studentenes læring. Det er viktig både at forholdet mellom studentene og pleiefellesskapet generelt er godt, men kanskje spesielt betyr forholdet til kontaktsykepleieren mye for dem. Det handler altså om de interpersonlige forholdene og samtidig om måten studentene gis tilgang til fagutøvelsen og fagforståelsen. Jeg vil gå videre og vise kontaktsykepleiers betydning for hvordan studentene oppfattes i avdelingen. Det handler om hvordan studentene opplever seg oppfattet og klassifisert i kulturen, som en byrde eller en ressurs. Jeg bruker Geirs utsagn som illustrasjon.

Som en byrde eller en ressurs

Geir gir, etter sine erfaringer fra sykehuspraksis, et betegnende bilde av studentenes forventninger til kontaktsykepleier og sier noe om hva en “god” kontaktsykepleier er: “En god kontaktsykepleier teller kjempemye! (...) det er en person som gir deg utfordringer, og som gir seg selv kanskje utfordringer også, med å ha deg der. Og så er det en person som ser på deg som en ressurs og ikke en byrde liksom”. Det er verdt å merke seg at for Geir er en god kontaktsykepleier en som også selv lærer, som endrer seg og er i utvikling, og som setter seg litt inn i hva det innebærer å veilede studenter. Geir signaliserer at som student er han prisgitt det kontaktsykepleiere måtte ha av forestillinger og holdninger til studenter; som en ressurs eller som en byrde.

I hverdagen på avdelingen er det rimelig å tenke seg at studentene også kan oppleves og selv oppleve seg som en byrde. Særlig i begynnelsen må studentene settes til oppgavene, fortelles hva de kan gjøre, veiledes tettere og følges opp. Det blir tidkrevende både for kontaktsykepleierne selv, og det merkes gjerne på arbeidsbyrden for resten av pleiegruppen også. Noen må ta det merarbeidet som blir når kontaktsykepleieren må bruke tid på studenten.

På den andre siden er det også slik at studentene kan oppleves som ressurser, særlig i de situasjoner der de er kommet godt inn i arbeidet og dermed kan bidra i avdelingen med arbeidsinnsats uten at det krever så mye oppfølging. Mange sykepleiere kommenterer også at det er faglig interessant å ha studenter i avdelingen, for “de spør så mye” og “da må vi tenke oss litt om”. Det er tydelig at studenter representerer ny kunnskap, særlig innenfor den teoretiske delen, bøker og litteratur som studentene har med seg fra skolen. Etter hvert er studentene også blitt ressurser når det gjelder IKT, bruk av elektronisk informasjonsbehandling.

Hvordan personalet opplever å få studenter inn i pleiefellesskapet uttrykker de seg ikke alltid eksplisitt om, men holdninger til studenter kommer likevel ofte til uttrykk gjennom “små” episoder, atmosfæren i korte beskjeder på gangen eller blikk og mimikk. Når kontaktsykepleiere kommenterer det å ha student, er det ofte positive uttrykk som for eksempel; “du glir rett inn i gruppa her” eller “du sier i fra hvis det er noe, det er det som er så fint (...)”.

Så langt har jeg hatt det relasjonelle i forgrunnen og fokusert personkjemi. Nå skal jeg gå tettere inn i handlingsforløp og utforske tilknytningsformer og konsekvenser fra gjøremålssiden.

8.3 Risikoen i det å handle sammen

Det er et interessant læringsfenomen, at det å utføre handlinger, og især ukjente oppgaver, synes å sette studentene i sårbare situasjoner av utleverthet og mye synes å stå på spill for dem. Studentene kan lett oppleve seg hjelpeløse fordi de ikke mestrer de oppgavene de er satt til å gjøre. Det er alvor når prosedyrer skal gjøres på eller i forhold til pasienter. Det eksemplet jeg nå skal gi, viser hvordan relasjonen som studentene har til kontaktsykepleiere er avgjørende for hvordan de takler presset med å være uerfaren og utprøvende og hvilket læringsutbytte de får av å prøve seg. Geir skal få illustrere dette.

”Jeg maskerte min usikkerhet ganske bra”

Ut på formiddagen en dag jeg er sammen med Geir på kirurgisk avdeling, kommer Geirs kontaktsykepleier mot oss i korridoren og spør om han har lyst til å sette en subcutan Fragmin (blodfortynnende middel) sprøyte på en postoperativ pasient. Denne utfordringen tar Geir på strak arm, for dette har han lyst til. Jeg blir ikke med inn til denne pasienten. Geir er sammen med sin kontaktsykepleier når han setter sprøyta. I et praksisark skriver han om opplevelsen. Geir har ikke satt sprøyter på ”ordentlige” pasienter før. Men han kjenner seg rimelig trygg på at han vil makte dette. For sprøyter har han satt og trent på i øvingsavdelingen, på medstudenter. “(...) jeg følte meg ikke truet av utfordringen fordi jeg er trygg på den subcutane prosedyren”. Men når han kommer i situasjonen og skal sette sprøyta, opplever han overraskelser. Flere ting er annerledes i denne situasjonen og det gjør ham usikker. Ikke minst det at han nå skal sette sprøyta på en autentisk pasient: ”Det som var annerledes her var at dette var en pasient, og sprøyta var ferdig innpakket og fylt opp, og hadde en luftboble. Jeg var usikker på hvor injeksjonen skulle plasseres (...) pasienten kjente meg fra før, men selv om vi hadde snakket litt sammen følte jeg meg nervøs og litt usikker”.

Analysen av situasjonen kan vise flere forhold i denne lille episoden som kan vekke ”nervøsitet og usikkerhet”. Selve sprøyta har et litt annerledes utseende enn det Geir er vant til. Den er ferdig opptrukket, med en luftboble. Da Geir var i øvingsavdelingen trente han iherdig på å få ut all luften av sprøyta. Hvorfor er det nå en luftboble? Videre er Geir usikker på innstikksstedet. Det slår meg at en og samme prosedyre, det å sette en subcutan injeksjon, kan oppleves forskjellig fordi det er situasjonen og konteksten som blir bestemmende for hvordan handlinger må tilpasses den situasjonen de utøves i. Det Geir trodde han kunne og kjente seg trygg på fordi han hadde gjort det før, opplevde han seg plutselig usikker på.

Videre står Geir overfor en ”virkelig” pasient som både skal utsettes for stikket, men som også er tilskuer til hans utøvelse. I tillegg observeres handlingen av kontaktsykepleier, som også skal evaluere denne, og tilslutt hele praksisperioden. Det er altså flere forhold her som gir bakgrunn til å forstå Geirs usikkerhet. Han skriver i praksisarket: ”Kontaktsykepleieren fulgte med på hva jeg gjorde, og det samme gjorde pasienten. Denne oppmerksomheten var jeg ikke vant til og følte at mine ord og bevegelser ble nøye observert og vurdert av begge. Pasienten var meget rolig og imøtekommende når jeg stilte han spørsmål om hans tilstand, og om hva jeg hadde tenkt å gjøre. Jeg tror jeg klarte å maskere min usikkerhet ganske bra, samtidig som jeg økte min selvsikkerhet ved å snakke med pasient og kontaktsykepleier både før og etter prosedyren var gjort. Da jeg var ferdig følte det som jeg hadde krysset en grense, og visste at neste gang ville gå mye lettere uansett pasient. Jeg spurte pasienten om han syntes det gikk bra og om det var smertefritt. Han smilte og takket for hjelpen og sa videre at han følte et stikk men det forventet han. Denne uttalen virket både oppriktig og ærlig, samtidig vekslet jeg et blick med kontaktsykepleier som bekreftet at jeg hadde gjort riktig”.

Det er interessant både at Geir setter ord på sin egen usikkerhet, men også at han skriver om strategien for å komme over den, nemlig å maskere den. Hvorvidt kontaktsykepleier eller pasient likevel ser og forstår at Geir er nervøs, er vanskelig å vite. Det avgjørende er likevel at han selv opplever å lykkes i å skjule sin usikkerhet. Men både reaksjonene fra pasienten og måten kontaktsykepleieren håndterer situasjonen, gjør at Geir alt i alt er fornøyd med situasjonen. Det synes være slik at usikkerheten glir over i en faglig selvtilit. Et bekræftende blick fra kontaktsykepleier, en takk og et ”ærlig svar” fra pasienten, gjør at Geir tilslutt konstatere: ”Alt i alt synes jeg det gikk smertefritt til å være første gang. Det at jeg var nervøs mener jeg er både naturlig og bra. Det skjerper sansene og utførelsen. (...) Uansett – øvelse gjør mester, og for hver gang jeg gjør denne prosedyren, jo sikrere vil jeg bli”.

Kontaktsykepleierens blikk ble avgjørende for studentens selvfølelse og oppfatningen av å lykkes. Dette eksemplet viser hvordan det å stå i praktiske utøvelser også kan være en form for utleverthet. Handlinger som studentene utfører i læringsøyemed er vevet inn i relasjonene. En setter seg selv på spill og utsetter seg for risiko, der en risikerer å avsløre hva en ikke kan, forlegenheten i det å bli kommentert eller korrigert under påsyn. Geir viser et eksempel der han selv hadde en erkjennelse av denne som en ”usikkerhet”, en usikkerhet som måtte ivaretas, som han selv mente han skjulte. I andre situasjoner der studenter ikke makter å skjule usikkerhet og forlegenhet, er en prisgitt en kontaktsykepleier som kan håndtere relasjonen på en god og ivaretagende måte. Derfor betyr kontaktsykepleier også mye for studentene i måten de håndterer relasjonene i veiledningsforholdet. I neste punkt skal jeg vise betydningen av gode veiledningsforhold. Dette skal Geir få illustrere.

8.4 Om varhet i veiledningsforhold

I et intervju gir Geir uttrykk for det våre forholdet som kan være mellom han og kontaktsykepleier. For ofte i praktiske situasjoner trenger han korrigering på ting han gjør. Men han setter pris på at ikke kontaktsykepleier begynner å korrigere og belære ham inne hos pasienten, ”ja, med mindre jeg gjør noe helt gæær’nt da”, som han sier. Da ønsker han at kontaktsykepleieren skal ta for seg diskusjonen om gjennomføringen når de er kommet ut av pasientrommet, utenfor pasientens hørevidde, på korridoren eller på vaktrommet. Helst ikke slik at andre i pleieteamet hører det heller. Og han indignerer over de kontaktsykepleierne som ”bare plutselig griper inn, liksom, ja ”la meg gjør dette her, jeg gjør det fortere (...) dette her har vi ikke tid til å styre med”, liksom (...) det er jo veldig ødeleggende i en studiesituasjon. For ikke å si ydmykende i forhold til pasienten. Du blir liksom feid avgårde (...) da hadde jeg blitt forbanna, altså”. Selv har ikke Geir opplevd noe slikt, men han har hørt andre som har lignende opplevelser.

Slik jeg forstår Geir signaliserer han med dette flere ting. For det første gir han uttrykk for ønske om at veiledning, og i særlig grad korrigerende veiledning, gis med en viss diskresjon. Jeg kan forstå Geir dit hen at dette også angår tillitsforholdet i relasjonene mellom student og pasient. Det oppleves tydeligvis viktig for studentene å opprettholde et tillitsforhold i relasjonen, slik at pasientene kan stole på at studentene er i stand til å utføre oppgavene med rimelig grad av sikkerhet. Geir viser i tillegg til at det å veilede studentene slik i praktisk handling krever tid og tålmodighet fra kontaktsykepleier. Studenter har ikke utviklet ferdigheter til å handle med rimelig hurtighet. Det er typisk for studenter at de bruker tid når

de skal gjøre noe de ikke er sikre på. Geir har tydeligvis oppfatninger om at visse kontaktsykepleiere ikke er tålmodige nok, men bare overtar hele handlingen. Betegnende beskriver Geir en slik opplevelse som en avvisning. En blir ”feid av gårde”. En opplevelse av en uvennlig handling. Geir forteller at han ikke har opplevd dette selv, men at han har hørt om det fra medstudenter.

På den ene siden kan det å skulle gjøre oppgaver som er ukjente være som å ”våge seg fram” og å ”utlevere seg”. Studentene kan kjenne seg utlevert til andre og at de nærmest er i andres varetekt. De er noviser på fagfeltet, mangler kunnskap og erfaring om den virksomheten som foregår på avdelingen. Det er en skjørhet over læringssituasjonen. Aktørene ”setter tone på” forholdet. Interaksjonen med fellesskapet er avgjørende for hvordan de ser på seg selv og sin egen dyktighet som sykepleier. På den andre siden vil studentene gjerne ”få slippe til” alle de ulike spennende oppgavene som er på en avdeling. Det er vesentlig for studentene å bli tatt imot nettopp som student, som en som skal lære og som blir ”tatt med på ting”. Å få ”slippe til”, er et uttrykk studentene bruker ofte og jeg skal illustrere og utdype det.

”Å få slippe til”

Det å ”få slippe til”, eller ”å bli kastet ut i det”, er uttrykk studentene gjerne bruker når de er fornøyd med det de får gjøre og den tilgjengeligheten de har til arbeidsoppgavene. De vil gjerne lære det ukjente, de tar risikoen som det kan være, å utsette seg for usikkerhet og nervøsitet.

Fra kontaktsykepleiernes side synes jeg å se at det kan handle om å våge å overlate oppgavene til studentene. Kontaktsykepleierne forsøker å skaffe seg oversikt over hva studentene kan. De må kjenne seg tilstrekkelig trygge til å kunne stole på at studentene kan makte å gjøre oppgavene på egenhånd. Det er sykepleieren som bærer ansvaret for utøvelsen av sykepleie og omsorg i avdelingen. Derfor har det å slippe til med arbeidsoppgaver mye å gjøre med tillitsforholdet mellom kontaktsykepleier og student. Det har med gjensidighet å gjøre, der begge parter spiller inn sine innspill. Jeg ser hvordan kontaktsykepleierne følger med studentene inn til pasientene dersom de skal gjøre spesielle oppgaver de ikke har trening i. På et tidspunkt ”slippes” så studentene fra den nære og tette samarbeidet med kontaktsykepleier til å skulle gjøre ting på egen hånd. Da ”slipper studentene helt til”, i det de opplever å få lov til å stå med selvstendige oppgaver.

Studentene gir videre uttrykk for at de setter pris på når kontaktsykepleierne “tar dem med på det som skjer”. Det betyr ikke bare at kontaktsykepleierne inkluderer dem i det generelle pleiearbeidet i avdelingen, men også det å invitere til deltagelse om det foregår noe “spesielt” på andre pleiegrupper i avdelingen eller kanskje også andre avdelinger, som operasjonsstuen, laboratorier eller poliklinikk. Det er måten kontaktsykepleierne inkluderer studentene og sørger for at de “får med seg viktige ting”, som studentene gir uttrykk for som vesentlig.

Hvilke læringsutfordringer studentene setter pris på avhenger litt av hvor i læringsløpet de er. I begynnelsen av studiet, i sykehjem er de opptatt av at de får være med kontaktsykepleieren i stellet. Studentene har behov for å ha en person med seg for å få seg demonstrert hvordan dette skal gjøres; hvordan en forholder seg til pasientene, hva en sier, hvilket utstyr som brukes og hvordan det brukes. Men ganske snart vil de gjerne “få slippe til selv”. I sykehus blir stell og pleie noe de mener de mestrer mer på egenhånd. Her er behovet mer at kontaktsykepleieren er med når de skal lære seg nye arbeidsprosedyrer og medisinsktekniske oppgaver. Samtidig ser jeg i datamaterialet at studentene er søkende og åpne for å få bekreftende responser på det de gjør. Det er nærliggende å tenke at det å sette seg selv på spill i handlinger, også appellerer til ønske om å få andres vurderinger, betraktninger og bekreftelser på utøvelsen.

Om å bli bekreftet

For studentene oppleves det viktig å få tilbakemeldinger på det de gjør. Intervjuene har mange eksempler på data som peker på betydningen av å få tilbakemeldinger. Praksisarkene viser hvordan kontaktsykepleiere er rause med ros. Observasjonsdata gir også innblikk i opplevelser av å få bekreftende tilbakemeldinger.

Geir forteller oppglødd en formiddag vi er sammen i sykehus, at han dagen i forveien hadde fått være med på en brystkreftoperasjon. Der hadde han fått lov til å assistere ved operasjonen. Etterpå fikk han ros av sykepleierne, og de hadde kommentert at han hadde så lange fingre at han hadde klart å holde flere instrumenter samtidig. Jeg legger merke til hvordan denne rosen har virket motiverende og stimulerende på Geir, for han snakker om sykepleie på operasjonsstuen som noe han vil gjøre når han er ferdig sykepleier.

I observasjonsdata er det flere eksempler på hvordan kontaktsykepleiere forklarer og instruerer studentene til ulike aktiviteter. Hvordan utøvelsen deretter blir diskutert og

kommentert på måter som kan virke korrigerende eller bekreftende, er ikke representert i datamaterialet. Det er imidlertid rimelig å tenke seg at min tilstedeværelse og det faktum at jeg observerer og noterer det jeg ser og opplever, bidrar til at kontaktsykepleierne vegrer seg med å gi slik tilbakemelding når jeg er tilstede. Derimot har jeg notert at på travle dager kan det bli mindre tid for studentene til å diskutere sine erfaringer med kontaktsykepleierne. Dagen kan avsluttes med kommentarer som for eksempel ”vi har nesten ikke sett hverandre i dag (...) ikke fått prata sammen i dag”.

I praksisarkene gir kontaktsykepleierne ofte rosende kommentarer. Eksempler som er hentet fra Berits praksisark som hun skrev i sykehuspraksis, er det mange av i de andre praksisarkene også: ”Her ble det en informasjonssvikt. Fint at du la merke til det.” ”Synes her du har reflektert godt om emnet, og at de slutninger du har kommet til, er gode”.

Det synes å være viktig å få ros, men det er ikke bare rosende kommentarer studentene er ute etter. I sykehuset snakker Dina og jeg om det å være student og hun kommer inn på at hun nettopp har fått halvevaluering. Hun sier at hun er noe tvilende til denne, for hun mener det ikke kan medføre riktighet at det ”bare er positive ting å høre om seg selv”. Jeg spør om det ikke også blir snakket om hva hun kan videreutvikle i resten av perioden. Jo, litt, sier hun, men det skulle vært mer av dette. Hun refererer til at hun også hører andre studenter som sier det samme. Det blir liksom bare snakket om det positive. ”Tør de ikke si det negative”, undrer Dina. Slik jeg forstår Dinas utsagn, signaliserer hun behov for å få respons på egen utøvelse, både å få vite om sterke og mindre sterke sider ved denne. Det er realistiske vurderinger av seg selv og egen utøvelse hun er ute etter.

Til nå har jeg vist betydningen av relasjonene mellom studenter og kontaktsykepleiere i studentenes læringssituasjon, og vist noe av utlevertheten det kan være å utøve handlinger i andres påsyn. Videre har jeg vist behovet for å få realistiske tilbakemeldinger på praktiske utøvelser, men også bekreftende respons opplever studentene som viktig å få. Nå skal jeg gå videre i analysene av pleiefellesskapets betydning for studentenes læring, ved å se nærmere på hva fokuset for samtaler dem imellom er.

8.5 Fokus for diskusjoner og samtaler

”Du må bare spørre ...”

Data fra feltobservasjoner i sykehus viser noe om hvordan samtaler og diskusjoner mellom student og kontaktsykepleier foregår. Her er det stort rom for å ta opp og diskutere hvordan arbeidet skal gjøres. ”Du må bare spørre”, er kontaktsykepleiernes gjennomgående sjenerøse holdning til studentene. Studentene ”må bare si i fra, hvis det er noe”. Det er som regel en lav terskel for at studenter og kontaktsykepleiere tar opp med hverandre og deler innsikter og erfaringer med konkrete og praktiske oppgaveløsninger. Også det øvrige personalet i pleiefellesskapet er behjelpelige med å vise hvordan de selv gjør ting. De svarer gjerne på studentenes spørsmål og forklarer løsninger ut fra egne erfaringer.

Å gi og å få råd

Spørsmål og svar kommer ikke studentene til del bare som direkte henvendelser. Her er mye å lære ved å se og høre hvordan sykepleierne seg imellom diskuterer. Et eksemplet fra kirurgisk avdeling er ganske betegnende for hvordan sykepleiere midt i all travelheten og alle forstyrrelsene finner rom for å sikre seg støtte og forklaringer for egen forståelse. En formiddag jeg er sammen med Berit i sykehuset, skjer det mye i sykehuskorridoren. Sykepleiere går fram og tilbake, ut og inn av stuene, de henter seg utstyr, så inn på stuene igjen. Det ringer klokker, først her og så der. Plutselig ringer også brannalarmen. Det viser seg å være falsk alarm, men den ringer ustanselig og intenst. Midt i dette kaoset ser jeg at det foregår en spontan utveksling mellom to sykepleiere. Berits kontaktsykepleier står halvveis inne på vaktrommet og diskuterer med en annen sykepleier om hvordan de skal tenke korrekt og lage et skjema som viser presist regnskap for urinskylling etter en prostataoperasjon. Hvordan skal væskeregnskapet føres slik at beregnet døgnurin blir riktig? ”Væske ut” minus skyllevæske ”inn” må da representere døgnurin?” Det skal tenkes riktig og regnes nøyaktig. Berit står og hører på diskusjonen som utspinner seg halvveis mellom vaktrom og korridor, inntil hun ikke orker støyen fra brannalarmen lenger og går. Selv i forstyrrende omgivelser lar ikke sykepleierne seg forstyrre.

Praktiske løsninger

Diskusjoner om arbeidsoppgaver, om løsninger på praktiske problemer, om hvordan ting gjøres, er godt representert i materialet. Hva er egentlig korrekt framgangsmåte for å skifte på

SVK? Holder våre rutiner mål mot standard prosedyrer? Det slår meg hvor mange muligheter det er i utøvelsen av en praktisk prosedyre. Akkurat som jeg så i øvingsavdelingen, er det utrolig mange ting det går an å lure på når det gjelder selv enkle prosedyrer. Noe som for en sykepleier kan være banalt og rutinisert praksis, kan en student oppleve som frustrerende å forholde seg til, om ikke måten en skal handle er ”grei”. Dina er i avdelingen en formiddag og en sykepleier kommer og hun sier at Dina kan få sette Fragmin om hun vil. Dina spør om det skal vaskes (om huden på innstikksstedet skal desinfiseres i forkant). Sykepleieren svarer at selv vasker hun ikke. Det er så mye fram og tilbake med dette, mener hun, at Dina får bare ta et standpunkt selv og holde seg til det. Dina forteller at hun blir frustrert av at det ikke finnes en riktig måte hun kan lære dette på, og så være ferdig med det.

Det slår meg at interessen som driver samtaler og gjøremål synes å være preget av en utvendighet som gjør det vanskelig å få øye på pasientene som en lidende person. Det blir prosedyrenes framgangsmåte som ofte får fokus og rom i samtale. Datamaterialet viser imidlertid variasjoner også i dette fenomenet. Jeg skal vise et eksempel på hvordan en pasientsituasjon diskuteres og forsøkes forstått.

Bestrebelser på å forstå pasientsituasjoner

Aina skal ha ansvar for en 80 år gammel mann. Kontaktsykepleieren sier i rapporten at mannen i utgangspunktet var ”ganske kjekk”, han var i avdelingen for å ”gå i dialyse⁴⁸”. En dag under dialysen ble mannen plutselig psykotisk⁴⁹. Kontaktsykepleieren sier at ”det har gått inn på oss alle (...) vi ble så lei oss (...) stakkar, den kjekke mannen (...) alt han har gjennomgått (...) slag og (...)”.

Etter å ha vært inne hos pasienten i morgenstellet, lurar Aina på hvordan hun egentlig skal forholde seg til pasienten som har tydelig tegn på psykose. På vaktrommet hører jeg på hvordan Aina og kontaktsykepleieren diskuterer hvorvidt det er lurt å ”eksaminere” pasienten på det som skjedde på dialysen, da han ble aggressiv og psykotisk. En annen sykepleier kaster seg også inn i samtalen. Begge sykepleierne kommer fram til at slikt skal en være

⁴⁸ Dialyse vil si at blodet renses gjennom en dialysemaskin som gjør den ”jobben” nyrene ikke makter å gjøre. Pasienter må ligge koblet til maskinen flere ganger i uken.

⁴⁹ Psykose er et diagnostisk uttrykk som brukes ved inntrykk av at mennesker mister kontakt med virkeligheten. Det kan være å høre stemmer eller se ting andre mennesker ikke hører eller ser; hallusinasjoner. Det kan også være å bygge seg opp forestillinger om at andre er ute etter og vil skade en, eller å føle seg truet av mystiske krefter; vrangforestillinger.

forsiktig med. Oppmerksomhet på eller inngående utspørring om hva som skjedde, bør helst unngås.

Samtalen illustrerer for det første behovet for raskt å finne en løsning. Aina er i gang med å hjelpe pasienten i morgenstellet og hun trenger å vite hvordan hun skal forholde seg til ham, som er blitt psykisk dårlig. Den travle morgenstunden inviterer ikke til å sette seg ned til en utdypende diskusjon, lese eller spørre seg fram til ytterligere kunnskaper om situasjonen. Der og da møter Aina en utfordring, der og da må den finne sin løsning. Kontaktskykepleieren tror ikke det er lurt å ”eksaminere pasienten”, som hun sier. Med det forstår jeg at Aina rådes til ikke å minne pasienten på, eller å høre med ham hva som egentlig skjedde under dialysen.

Senere på formiddagen blir det små ledige stunder som rommer muligheter for å lufte tanker om situasjonen. Aina og kontaktskykepleieren begynner å resonnerer seg fram til mulige årsaker til at pasienten ble psykotisk under dialysebehandlingen. Diskusjonen orienteres rundt det å prøve å forstå bakgrunnen for hva som hendte under dialysen. Fikk pasienten et nytt slag? Er dette en reaksjon på belastningen ved dialyse? Diagnosen fra psykiatrisk avdeling lyder på ”organisk psykose”; er det en fysiologisk skade som rammer senter for tanker og følelser...? Kontaktskykepleieren og Aina resonnerer seg fram til en forståelse, men de er usikre.

Det slår meg at resonneringen sentrerer seg rundt en diagnoseorientert årsakssammenhengende logikk. Pasientens egne uttrykk får ikke oppmerksomhet. Hva han måtte oppleve og oppfatte selv blir ikke tematisert. På rapporten ble det sagt at han i det siste har vært tiltagende kvalm, har magesmerter og kastet opp hver dag siden i høst. Om pasientens lidelse tar vendinger som oppleves vanskelig, er ikke en del av samtalen. Heller ikke hva kvalmen eller smertene har for betydning for hans opplevelse av sin situasjon, trekkes inn i vurderingen. Om pasienten går med tanker som oppleves uhåndterlige, synes ikke å være ting som kan tenkes inn i sammenhengen. Denne diskusjonen kan illustrere tendensen til å forstå pasientsituasjoner i en organisk orientert forståelse. Et utvidet perspektiv, der også pasientens egenforståelse trekkes inn i vurderingen, får ikke rom.

Jeg har vist hvordan studentene møtes raust med at de må bare spørre. Spørsmål og samtaler har imidlertid en tendens til å være sentrert om de umiddelbare problemene som må løses. Diskusjonene om pasientsituasjoner synes å foregå i en forståelsesramme av

medisinskdiagnostisk orientering. Nå skal jeg gå videre og vise sider ved studentposisjonen vis a vis personalet, som studentene selv opplever som viktige i studiesituasjonen.

8.6 Studentposisjonen

”Å få være student”

Studentene er seg bevisst at det er som studerende og lærende de kommer ut i avdelingen. De gir uttrykk for at det er viktig for dem å få en posisjon - nettopp som student. Dette skal jeg vise ved et par eksempler.

På avdelingen hvor Dina er legger jeg merke til en oppslagstavle på korridoren, hvor navn på personalet og fordelingen på stuer og pasienter er nedtegnet. Dinas navn står ikke der. Og jeg tenker på hvilken betydning det kan ha for studentene å kjenne tilhørighet i et arbeidsfellesskap. Derfor kommenterer jeg overfor Dina at hennes navn ikke står der. “Det er det som er så allright her”, svarer hun, “jeg får være student her (...) det er annerledes på avdeling X (...) der regnes studentene som arbeidskraft (...) her kan jeg få være med på det jeg vil”. Og dette benytter hun seg av. I dag vil hun gjerne koble intravenøs væske til et SVK (sentralt venekateter) enda pasienten som har SVK ikke hører til på “hennes stue”. I tillegg vet hun at en pasient skal fjerne et dren, og det vil hun gjerne få lov til å gjøre. Hun får nærmest velge og vrake av interessante læringsaktiviteter. Dina uttrykker stor tilfredshet med kontaktsykepleier som lar henne “få være student”.

Dinas opplevelse av sin privilegerte studentposisjon illustrerer godt to forhold. For det første er det pleiefellesskapet og spesielt kontaktsykepleieren, som inviterer studentene inn og gir tilgang til læringsoppgaver. “Å få være student”, er et uttrykk flere studenter bruker. Det innebærer opplevelser av ikke å bli regnet med i arbeidsstokken i den betydningen at det forventes en bestemt arbeidsinnsats.

I situasjoner der det er sykdom blant personalet eller at det av andre grunner er lite personale til stede, er studentene vaksomme i forhold til opplevelser av å bli “utnyttet som arbeidskraft”. Det er lite populært om de får følelsen av at de må bidra til å få dagens arbeid unnagjort. Geir forteller i intervjuet som jeg gjorde med ham da han var i hjemmesykepleien: “Det var hele tiden sånn at de prøver seg liksom; Kan ikke du hjelp oss litt ekstra her (...) Men så sa jeg det at nei, jeg føler ikke at det å ta den dusjen der (...) at jeg kommer til å lære noe av det, så da velger jeg å gjøre noe

annet i dag i stedet (...) de må skjønne det at nå er ikke jeg i jobb her, liksom (...) jeg får faktisk ikke betalt for det jeg gjør (...) og de skjønte det etter hvert ”.

Geirs utsagn kan fortolkes som et uttrykk for forestillinger om at studie i sykepleie innebærer å lære seg sykepleieoppgaver av ulike kompleksitet fordelt over tre år. Uttrykket, ”jeg føler ikke at jeg kommer til å lære noe av det” er i denne sammenhengen interessant å resonnerer litt videre på. Hva er det som gjør at studentene ”føler” noe hhv lærerikt, eller noe en ”ikke lærer noe av”? Kanskje regner studentene det å ”ta den dusjen” inn som førsteårs ”pensum”. Det var i sykehjemmet at dusjing og annen hjelp til personlig hygiene var fokus for læring. Det kan virke som studentene vurderer oppgavene isolert sett, i forhold til om de oppleves lærerike eller ikke. Det synes mindre nærliggende å betrakte for eksempel dusjen som en inngang til pasienten, for gjennom denne inngangen å studere og utforske problemstillinger som hører innunder pensum for kliniske studier i hjemmesykepleien. Stikkord for studieoppgaver hentet fra kursheftet i kliniske studier i hjemmesykepleie, er for eksempel problemstillinger knyttet til pasientens hjem som arena for sykepleieutøvelse eller også kvalitetssikring av tjenesten i hjemmesykepleien (Kurs-5-heftet). I fagspørsmål som for eksempel hvordan møtes pasientene med omsorg når hjemmet er tjenestearena, eller hva er kvalitetskriterier for omsorg i hjemmet, kan en dusjesituasjon utgjøre en inngang til interessante studier med disse perspektivene.

Fra ett studiested til et annet varierer holdningene blant personalet. Noen er mer bevisste på læringsposisjonen som studentene ønsker å være i, andre farges av dagens arbeidsoppgaver og behovet for å få arbeidet unna. Men i det store og hele nyter studentene stor grad av valgfrihet når de skal engasjere seg i kliniske studier.

Valgfrihet

Praksisfellesskapet generelt og kontaktsykepleier spesielt møter studentene i overveiende grad med en åpen og inviterende holdning. Bl.a. har studentene, etter hvert som de blir kjent i avdelingen og med avdelingens arbeid, stor grad av valgfrihet i forhold til egne læringsaktiviteter. Arbeidsfordelingen i avdelingen foregår gjerne ved starten av dagen, da fordeles oppgaver mellom medlemmer i gruppa. Studentene har ofte muligheter til først å velge hva de vil gjøre.

En formiddag med Berit kan illustrere dette. Hun er på kirurgisk avdeling. Vi er først med på morgenrapporten. Etter rapporten skal arbeidsoppgavene fordeles. Berits kontaktsykepleier er på tilbudssiden: "hva vil du gjøre i dag?" Berit ser over blokka si, hvor hun har notert fra rapporten, og spør hvilke muligheter som finnes på posten i dag. Kontaktsykepleieren hjelper henne med oversikten og Berit får flere utfordringer: Et dren skal skylles ... vil hun? To kirurgiske sår skal inspiseres (...) et kateter skal settes (...) en intramuskulær injeksjon (...) "hvis du vil". Og Berit vil veldig gjerne. Hun henter fram skjemaet sitt med oversikt over de ulike prosedyrer som hun skal ha lært seg i dette semesteret. På skjemaet krysser hun av på de ulike oppgavene, slik at det viser hvilke oppgaver hun har arbeidet med og progresjonen i utviklingen av ferdighetene. Hun krysser av for når en prosedyre er "observert - assistert - utført selvstendig – mestrer". Jeg har ikke så mange kryss på "mestrer" ennå, sier Berit og ler. På skjemaet sitt har hun kun krysset av på mestrer for to prosedyrer, ett for pulsmåling og ett for blodtrykksmåling. Her er mange flere pleieoppgaver som det skal øves på og som hun skal forsøke å få "i hendene".

Tilgangen til læringsaktiviteter er likevel ikke vilkårlig, slik jeg leser materialet. Det er ikke slik at kontaktsykepleier unndrar seg å delta i overveielser om hva studentene bør engasjere seg i for å ha progresjon i studiet. De kan også gjerne foreslå for studentene hvilke(n) oppgaver de kan gjøre eller hvilke(n) stue de skal ha ansvar for. Jeg har et par eksempler på dette. Da Berit en ettermiddag gjerne vil ta ansvar for de fire mannlige pasientene hun hadde hatt dagen i forveien, foreslår hennes kontaktsykepleier at hun kanskje i stedet skulle ta ansvaret for de to nyopererte pasientene, "eller er det for tidlig?", spør hun med tanke på at Berit ikke har noe erfaring med å ta hånd om nyopererte pasienter fra før. På denne stuen innebærer pleieansvaret bl.a. "intravenøs væske", "kateterstell og urinkontroll", "postoperativ observasjoner" osv. Berit velger å forholde seg til den stuen hun hadde fra dagen i forveien. Her forsøker Berits kontaktsykepleier å oppfordre Berit til å gå inn i nye og ukjente oppgaver, mens Berit velger å holde seg til det kjente. Hvorfor tar Berit dette valget? Er det fordi hun ønsker å følge opp og utvikle kontakten hun har etablert med "sine" pasienter? Eller er det fordi det er tryggere å engasjere seg i kjente oppgaver? Valget gjøres i liten grad til gjenstand for overveielser mellom student og kontaktsykepleier.

Ved et annet tilfelle har også kontaktsykepleieren innvendinger til studentens opprinnelige forslag. Aina sier at hun kan hjelpe to av pasientene inne på et firemanns rom. Men da foreslår kontaktsykepleieren at hun bare skal ta ansvar for den ene, "så det blir noe igjen til de

andre å gjøre”. Her ble arbeidet fordelt etter prinsippet om ”litt å gjøre for alle”, og altså ikke primært etter studentens læringsbehov. Denne situasjonen viser at det er flere forhold som influerer på valg av læringsaktiviteter for studentene. Som eksemplet viser, er kontaktsykepleiere også delaktig i studentens valg av læringsaktiviteter. Likevel er det stort rom for at studentene foretar det endelige valget. Kontaktsykepleierne støtter i stor grad opp om studentenes valg av læringsoppgaver.

Faktorer som innvirker på valg av læringsoppgaver

Selv om studentene har stor frihet i å velge innholdet i læringsaktivitetene er ikke friheten uavkortet. Valgene er formet av ulike viljer og mer praktiske betingelser. Pasientbelegget på avdelingen er én rammefaktor. Hvilke pasienter som er innskrevet i avdelingen, hva de trenger av hjelp, hvilke sykdoms- og livssituasjoner de er i osv. er forhold som gir muligheter og begrensninger for hvilke læringsaktiviteter studentene kan delta i. Daglig forhandler studentene med kontaktsykepleier og pleiegruppa forøvrig om hva studenten skal bruke studie/arbeidsdagen til. Den faktiske arbeidsbelastningen i en avdeling kan ha en stor innvirkning på studenters valg. En stor arbeidsbyrde og travle dager, kan gjøre at noen vil gå inn i det ved å ta ”sin” del av tyngden. Studiedagen kan da bestå i å gjøre unna et stykke arbeid.

En annen måte å reagere på travelhet kan være den motsatte. Travle dager med mye å gjøre kan tilskynde studenter til å bestrebe seg på å holde fast på den frie studentposisjonen og bare stå i egne valgte oppgaver. Geir strever med å beholde studentposisjonen sin og han forteller meg i intervjuet hvordan han konfronterte avdelingsleder i hjemmesykepleien med sine rettigheter som student: ”men da konfronterte jeg henne med det da at hvorfor spurte du da meg som student i en studentrolle (...) at jeg skulle kanskje ta i et tak (...) liksom sånn, ok, akkurat i den situasjonen så mente hun at de trengte den ekstra hjelpen jeg kunne gi (...) hele personalet var samlet der da, så hun ble vel klemt opp i et hjørne akkurat da (...) men jeg tror det var mange som så litt dobbelt på det da” Geir synes å oppleve at han har fått sagt tydelig i fra om at rollen som student ikke handler om å ”ta i et tak”. Men han synes også å være klar over at pleiegruppen mener forskjellig om denne saken. Noen mener det er svært god læring å få med seg hvordan travelhet skal håndteres og hvordan oppgaver må prioriteres opp og ned og med hvilke konsekvenser.

Den motsatte situasjonen med stille og rolige dager i en avdeling, gir på den andre siden ikke nødvendigvis bedre læringsmuligheter for studentene. Med mindre å gjøre, og kanskje

relativt mye personal på vakt gir tilsvarende mindre tilgang på oppgaver og utfordringer. Ainas eksempel overfor, der hun ”bare” fikk tildelt ansvaret for en pasient, kan være et eksempel på at mindre å gjøre, kan bety mindre å engasjere seg læringsmessig i.

På den ene siden synes valgfriheten å være selve indikasjonen på om man ”får være student” eller om man rett og slett benyttes som arbeidskraft. På den andre siden har jeg tidligere vist hvordan studentene er følsomme i forhold til opplevelser av å bli inkludert i pleiefellesskapet. Studenter skal altså ikke regnes med som arbeidskraft, men ønsker å inkluderes i fellesskapskulturen. De ønsker ikke å utnyttes som arbeidskraft, men vil gjerne ha tilgjengelighet til arbeidsoppgaver. Studentene skal altså ikke arbeide, men de skal ha et arbeid å gjøre.

8.7 Empiriske hovedinntrykk: Prisgitt og frisatt

Datamaterialet,⁵⁰ som ser relasjonene fra studentenes synsvinkel, viser at de stort sett blir godt mottatt. Ulike nyanserte bilder av hvordan de tas i mot, både personlig og faglig, er representert i materialet. I sårbare situasjoner får studentene støtte til å lære seg å overstige barrierer for usikkerhet og sårbarhet. Kontaktsykepleieren er den som står nærmest studentene i veiledningsrelasjonen. Kontaktsykepleieren blir en døråpner for tilgangen til læringsaktiviteter så vel som til fellesskapet i pleiegruppen forøvrig. Hun eller han bidrar til å farge holdningene til studentene i resten av pleiegruppen. Pleiegruppen som er de øvrige sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, er betydningsfulle for studentene ved sine holdninger til studenter generelt, men også til studentene personlig. Måten de bidrar til å innvie og inkludere studentene i arbeidet i avdelingen, opplever studentene viktig for læringssituasjonen.

Ulike samhandlingssituasjoner forsterker inntrykket fra forrige kapittel av hvordan det å stå i utøvende handling, også kan gi opplevelser av å utsette seg for risiko, å sette seg selv på spill. Kanskje bidrar tilstedeværelsen av andre fra pleiefellesskapet til å forsterke følsomheten for usikkerhet og risikoen for forlegenhet. Studentene blir prisgitt kontaktsykepleiere og pleiepersonalet at de håndterer relasjonene på gode måter og at de veileder og korrigerer

⁵⁰ Kontaktsykepleiere og pleiegruppen for øvrig slipper ikke til med sine ”stemmer” på lik linje med studentene i denne studien. Bestrebelsene i studien er å se relasjonene til kontaktsykepleiere og pleiefellesskapet fra studentenes synsvinkel.

studentene på måter som ivaretar selvfølelsen og opplevelsen av å lykkes i studiene. Relasjonene mellom studenter og sykepleiere viser også støtten studentene får, når de står i sin utleverthet i handlingssituasjoner. På samme tid som det å stå i handling også kan innebære å sette seg selv på spill, oppleves det vesentlig for studentene å få tilgang til læringsaktiviteter og de vil gjerne ”slippe til” eller bli ”kastet ut i det”.

Gjennomgående er studentene følsomme for hvordan de tas i mot i pleiefellesskapet og det oppleves viktig for dem å få respons på det de gjør. Jeg forstår studentene dit hen at de setter pris på all respons som er bekreftende, samtidig som de er opptatt av at responsen må være realistisk.

Veiledningsforholdene mellom studenter og kontaktsykepleiere er åpne og det er stort rom for å spørre når studentene lurer på noe eller er usikre. I samtalene med personalet synes det å være en trend at spørsmål om løsning av oppgaver, framgangsmåter, formidling av beskjeder, arbeidsfordeling osv., er framtrepende. Det kan synes som om det er spørsmål som trenger praktiske løsninger som har forrang. Pasientsituasjonene forstås ofte i et medisinsk-diagnostisk perspektiv. Hvordan studenter og pleiefellesskap forstår og har oppfattet pasientens egen opplevelse og selvforståelse, er i mindre grad et fokus i samtalene.

Stikkordmessig er hovedinntrykket at praksisfellesskapet har stor betydning for studentenes læring. Men studentene er også prisgitt fellesskapet ved avhengigheten av faktisk tilgang til læringsaktiviteter. De er også prisgitt fellesskapet i betydningen av det relasjonelle forhold mellom studenter og sykepleiere, der de er avhengig av å bli godt mottatt, kjenne seg ønsket og respektert som student i avdelingen. De er samtidig også frisatt arbeidsfellesskapet og kan forsyne seg av det oppgavemangfold praksis byr på. Studentene nyter stor frihet i selv å kunne velge læringsaktiviteter for dagen. En studiedag blir derfor formet av valgfriheten og av hva avdelingen har ”å by på” av ulike prosedyrer og praktiske oppgaver.

Hovedtrekket i dette kapittelet har vært å vise til hvordan studentene blir ivaretatt i deres sårbarhet. Imidlertid synes samtalene å vise at sensitivitet og berørtheten som studentene viste i forrige kapittel i mindre grad blir tematisert eller bearbeidet. Jeg undrer meg over om omsorgsferdighetene er i ferd med å nedtones til fordel for prosedyreferdigheter. I den videre analysen vil jeg undersøke dette nærmere. I neste kapittel rettes et nærmere blikk på datamaterialet med utgangspunkt i spørsmålene: Hvordan er det studentene velger ut og

forholder seg til læringsaktiviteter? Hvordan innvirker deres valg av læringsaktiviteter på utviklingen av omsorgsferdigheter?

KAPITTEL 9

OPPGAVEFOKUS OG BEGRENSET TILGANG TIL

SITUASJONSRELATERT KUNNSKAP

9.1 Innledning

I de to foregående empiriske kapitler har jeg vist hvordan kliniske studier innebærer et mangfold av ferdigheter som skal utvikles. Studentenes møte med pasientene viser hvordan studentene berøres av deres situasjon, men også at studentene selv blir sårbare. Medfølelse og omtanke som vekkes viser at studentene gjør seg ulike sanseerfaringer i møte med pasientene.

I omgangen med praksisfellesskapet blir studentene godt personlig ivaretatt i sine lærings situasjoner. Kontaktsykepleierne stiller opp med å vise studentene til rette i læringsmiljøet, veilede og støtte i praktiske utøvelser, gir råd og besvarer spørsmål. Studentenes læringsaktiviteter springer ut av strømmen av hendelser som avdelingenes tjenestetilbud innebærer. Studentenes erfaringer er preget av sanseinntrykk av forskjellige slag. Midt i strømmen av alle disse opplevelsene og hendelsene skal omsorgsferdigheter læres og utvikles. I dette kapittelet skal jeg belyse hvordan studentene velger ut og forholder seg til læringsaktiviteter i sine kliniske studier. Vi skal se hvordan deres valg av læringsoppgaver bidrar til å forme ferdigheter i å utøve omsorg.

9.2 Med oppgaver som læringsfokus

Studentenes valgfrihet som ble beskrevet i forrige kapittel gir rom til å velge ulike læringsoppgaver som studentene opplever spennende.

Å velge ”nytt” og ”spennende”

Når jeg ser nærmere på innholdet i det studentene velger seg som læringsaktiviteter, er det gjennomgående at studentene gjerne velger å engasjere seg i noe de opplever som ”nytt” og

”spennende”. Det er gjerne arbeidsoppgaver som er nye for studentene, altså prosedyrer eller handlinger som de ikke har vært med på eller selv utført tidligere, som oppleves spennende og som de er motivert til å få gjøre. Det kan for eksempel være kateter som skal skiftes, SVK (sentralt venekateter) som skal stelles og sprøyter som skal settes. De velger seg læringsaktiviteter innenfor rammen av det som måtte være tilgjengelig i avdelingen, og gjerne oppgaver knyttet til medisinsktekniske prosedyrer. Det er populært dersom det finnes et dren som skal fjernes, SVK som skal stelles eller PVK (perifert venekateter) som skal settes. Og etter en formiddag i avdelingen, popper det gjerne opp meldinger (sms) fra medstudenter om hvor mange sprøyter de har fått satt eller om sår som er skiftet på.

Kontaktsykepleierne gjør ofte felles sak med studentene i deres oppmerksomhet omkring betydningen av å trene på mange prosedyrer. Studentene støttes i deres valg av å forsøke å ha vært borti ”mest mulig”. Dette betyr ikke at sykepleiere ikke er opptatt av studentenes evne til å sette seg inn i pasientenes situasjon. En sykepleier kom en dag bort til meg i korridoren og uttrykte sin forundring over at studentene syntes å ha slike delvise og begrensede oppmerksomheter. Hun hadde spurt en student om å gå inn på en stue og sjekke pasientens drypp (intravenøs behandling). Studentene hadde kommet tilbake med beskjed om at dryppet ”gikk fint”. På sykepleierens spørsmål om hvordan pasienten hadde det, hadde studenten ikke svar, for det hadde hun ikke kontrollert. Sykepleieren undret seg over at studentens oppmerksomhet ikke omfattet pasienten, men at ”observasjonen bare gikk til infusjonsslangens ende”, som hun sa. Spørsmålet om hvordan en kan hjelpe studentene til å utvide oppmerksomhetsfeltet, er sentralt. Jeg vil i det videre vise hvordan studentene lar seg motivere av oppgaver som oppleves spennende.

Prosedyrer

Studentenes ulike former for læringsaktiviteter synes samlet sett å bidra til å gjøre oppgaver og prosedyrer til et hovedanliggende i læringen. For det første handler det om hvordan studentene planlegger og velger sine læringsoppgaver bl.a ut i fra et skjema med ulike praktiske prosedyrer og ferdigheter. Skjemaet bidrar til å holde regnskap med hva de har lært og hva de bør engasjere seg mer i. Sjangeren avkryssing kan invitere til en telle- og målelogikk. Det hjelper til å holde regnskap med hva som er gjort, hva studentene har sett, og hvor mange ganger. Relasjonelle ferdigheter lar seg ikke styre på samme måte. Det er ikke like naturlig å ha et tilsvarende avkryssingsskjema for utvikling og læring av relasjonelle ferdigheter. For eksempel; - har trent på å utvikle tillit i relasjonen, - har oppnådd ferdigheter

i å vise omtanke, - har satt en god tone på forholdet til pasienten. Ferdigheter i omsorg er ofte ikke av en slik karakter at de lar seg krysse av som ”ferdig” utviklede ferdigheter. Disse lar seg ikke sette inn i noen formel. Bruken av slike avkryssingsskjemaer kan lett resultere i at en ser oppgaven for seg som avgrenset og atskilt fra den sammenhengen og den pasienten oppgaven utføres i forhold til.

På den andre siden er praktiske ferdigheter ofte komplekse arbeidsoperasjoner med mange detaljer som skal ”sitte i hendene”. En sikker og flytende utførelse er viktig for at oppgavene skal kunne utøves forsvarlig og på gode måter overfor pasientene. Læringsengasjementet i øvingsavdelingen viste bla at det var ”1000 ting” studentene lurte på og mye tid gikk med til å diskutere, forstå og å få hjelp til den tekniske mestringen av de praktiske ferdighetene.

Samtidig viste data fra øvingsavdelingen hvordan det i praktiske oppgaver også er innvevd mye relasjonell kunnskap, følsomhet for hvordan medstudenter opplever å ”bli behandlet”, egne reaksjoner på for eksempel lukt, andres ubehag som en selv bidrar til osv.

Læringsengasjementet viste også hvilket samvirke det var mellom de praktiske ferdighetene, studentenes sensitivitet og varhet både overfor egne og medstudenters reaksjoner. Det er interessant at studentenes sterke inntrykk fra situasjonene, deres reaksjoner på treningen av de forskjellige prosedyrene ikke syntes å bli fanget opp og gjort til gjenstand for diskusjon og læring. Studentene seg imellom hadde stort behov for å snakke om og å sette ord på følelsene sine. Egne reaksjoner og sansninger fra disse ble gjerne ”luftet” med hverandre. ”hvordan følte du det ... som å være hos tannlegen ...” Men hvordan emosjonene kunne ha betydning for prosedyreutøvelsen eller for relasjonene mellom student og ”pasient”, ble ikke tematisert.

Hvordan kan en for eksempel overskride følelsesmessige barrierer ved kvalmende handlinger? Altså ble sanseerfaringene tatt opp og satt ord på, men ikke satt inn i diskusjoner på måter der disse ble tatt i bruk for å utvikle forståelsen av sammenhengen mellom pasienten, relasjoner og situasjonen. Derimot kan det virke som øvelsene i øvingsavdelingen prøver å få inn relasjonell kunnskap ved å simulere kommunikasjon med pasientene, noe som oppleves ”kunstig” av studentene. Det paradoksale skjer at de sanseinntrykk som opptrer ”virkelig” i situasjonen, blir underutnyttet, mens bestrebelser på å ta i bruk relasjonell kunnskap i simulerte situasjoner blir ”kunstige” for studentene.

Datamaterialet, både fra øvingsavdelingen og fra sykehus, viser hvordan læringsoppmerksomheten er fokusert på det å lære prosedyrene ”riktig”. I øvingsavdelingen

frustreres studentene over lærere som ikke lærer bort ”likt”. I kliniske studier forundres de over at ”ting gjøres så forskjellig”. Forestillingene synes å være knyttet til forståelser av praktiske utøvelser av prosedyrer som ”riktig” eller ”galt”. Det kan tyde på at fokus og oppmerksomhet på hvordan en standard prosedyre kan og bør tilpasses den enkelte situasjon og konteksten i denne, ikke får rom. Geirs opplevelse (som er beskrevet i kpt 8,s.?) om hvordan hans kunnskaper og ferdigheter fra øvingsavdelingen måtte tilpasses situasjonen der Fragmin skulle settes, er et eksempel på hvordan prosedyrer må tilpasses konteksten. Dinas opplevelse av hvordan spørsmål om huddesinfeksjon forut for sprøytesetting ble omtalt som personlig overbevisninger om hvordan ting bør gjøres, kan være et eksempel på hvordan faglige tilnærminger til utøvelse nærmest kan gjøres til et personlig anliggende. Denne tendensen kan understøttes av læreres holdninger fra øvingsavdelingen; ”bare du kan begrunne det du gjør ...”. Det kan ligge en underforstått fortsettelse i at ”...da er det likegyldig hvordan du gjør det”. I et omsorgsperspektiv er nettopp ferdigheter til å tilpasse kunnskaper i situasjonen og konteksten, betydningsfull. Det er ferdigheter til å tilpasse de ulike oppgavene til pasientenes livssituasjon, til konteksten i den enkelte pleiesituasjon som gjør utøvelsen omsorgsfull og gjør det mulig å prege handlingen med omtanke og ivaretagelse.

Fra et didaktisk synspunkt kan studentenes tendens til å se på oppgavene isolert, si noe om det problematiske som ligger i valg av innhold i kliniske studier. ”Livet” i praksis lar seg vanskelig definere inn i et ”pensum”. Det er ikke så lett å plassere innlevelse og empati inn i tradisjonelle læreplanteoretiske kategorier som timeplaner, syntaks og sekvens. Empirien kan fortelle noe om at den praktisk pedagogiske utøvelsen kommer til kort i det å peke ut omsorgsferdigheter som et vesentlig og nødvendig område for læring og utvikling.

Presset fra de daglige oppgaver

Virksomheter i sykehjem og sykehus framsto som travle. En dag kunne likevel være veldig forskjellig fra en annen. Felles for alle arbeidsdager var at det ventet en bestemt mengde oppgaver som skulle utføres i avdelingen og studentene skulle ta del i disse. Enten arbeidsmengden i avdelingen var pressende slik at studentene ble ”sugd” inn i avdelingens arbeidsprosedyrer og –rutiner, eller det framsto som rimelig overkommelig og ble fordelt samarbeidsmessig mellom personalet, syntes den daglige arbeidsmengde og –innhold å ha innvirkning på hva studieinnholdet ble for studentene og hva de var opptatt av.

Presset fra de daglige arbeidsoppgavene er også merkbart i kommunehelsetjenesten. Praksisarkene fra 3. studieår kan fortelle noe om det. Studentenes skriftlige studieoppgaver gir selvfølgelig et begrenset innsyn i hva de er opptatt av. Det de derimot kan si noe om, er på hvilke måter de håndterer de daglige utfordringer, hva de tenker og skriver om det. Det som synes være felles for studentenes beskrivelser og refleksjoner om det de gjør, synes å være at de oppslukes på et vis av utfordringer og vanskeligheter som de står overfor i de praktiske oppgavene. Bortsett fra praksisark i psykisk helsevern, der relasjoner og omtanke for pasienter trer særlig godt fram, kan praksisarkene fra det 3. studieåret tolkes dit hen at de praktiske oppgavene og løsningen av disse får forrang.

Studentenes praksisark fra tredje studieår kan for eksempel handle om å ha fokus på egen praktiske oppgaveutøvelse, på administrative systemer eller konkrete løsninger av rutiner i hjemmetjenesten. Det er også eksempler på at refleksjonene har fokus på relasjonene med pasientene. Charlotte leverer syv praksisark i hjemmesykepleien. Av disse er ett viet en pasientsituasjon der hun reflekterer rundt relasjonelle forhold. De andre praksisarkene hennes handler for eksempel om utstyr som ikke er på plass, eller om medikamenthåndtering som oppleves vanskelig. Hun frustreres for eksempel over at praksis i hjemmesykepleien tillater at andre enn offentlig godkjente sykepleiere deler ut medisindosetter og at pleiepersonalet med dette "bryter lover hver dag, mange ganger om dagen". Hun skriver om manglende logikk i det at hun som snart er ferdig sykepleier, og dermed skal inneha ansvaret, ikke får lov til å dele ut medikamenter på egenhånd. Charlottes praksisark kan si noe om at hun slukes av de utallige problemer som praksis "byr på". Det slår meg at praktisk arbeid ofte ikke er strømlinjeformet, men utfordrer praktikerne på en hel rekke kompetanser, for eksempel orden, ryddighet, punktlighet, klarhet i regler osv.

Når jeg ser datamaterialet under ett, tegner analysene et bilde av at omsorgsferdigheter som læringsfokus endrer seg i løpet av de tre årene.

Dreining i fokus

Første del av kliniske studier, slik jeg beskriver observasjoner fra sykehjem og sykehus, består av tette og nære pasientrelasjoner. Senere synes studentenes deltagelse å beveges mot en mer oppgavefokustert aktivitet. Er det slik at det skjer et skifte i den grunnleggende orienteringen? Forholder det seg slik at studentene starter opp i kliniske studier med *pasientens omsorgsbehov* som et utgangspunkt, for senere å skifte perspektiv til *egen mestring* av

oppgaveutøvelse? Studentenes valg av læringsaktiviteter på sykehus kan peke i den retningen. Det kan se ut som det ikke først og fremst er pasientens behov for å få faglig hjelp og å bli ivaretatt i sin sykdomssituasjon som driver studentene til engasjement. Derimot kan det se ut som det er studentenes driv for å lære seg å beherske ulike medisinske prosedyrer og forskjellige arbeidsoppgaver som er utgangspunktet for engasjementet deres. I så fall kommer det å trene ferdigheter i å bedømme omsorgsbehov hos pasienter og å utøve omsorg i handling, mer i bakgrunnen.

Dette forholdet kan delvis forklares ved organiseringen av faginnholdet og ”pensum”. Det å lære seg grunnleggende stell og pleie legges som pensum i begynnelsen av utdanningen. Dermed kan det kanskje gi et skinn av at studentene tar utgangspunkt i pasientenes omsorgsbehov. Men også det å ”utføre et morgenstell” eller å ”sette opp håret” kan være isolerte oppgaver og handlinger. Da blir det kanskje mer *oppgavenes karakter* som er litt forskjellige. Kanskje utgjør ikke pasientsituasjonen et skarpere fokus for tilnærmingen i sykehjem enn i sykehus? Det kan henge sammen med at oppgavene framstår med ulik nærhet til pasientene. De førstnevnte bringer studentene svært nær pasientene. Pasientene er i sykehjemmet over lang tid og det kan gjøre det lettere å etablere et mer stabilt personlig forhold til pasientene. Senere er det mer avanserte praktiske ferdigheter, ledertrening og lignende som utgjør fagsubstans og ferdigheter som skal læres. Da kan relasjonene til pasientene ha en tendens til å bli flyktige, fordi oppgavene og utøvelsen av disse bringer studentene fra den ene til den andre pasienten. Oppgaver som gjøres litt her og litt der kan skape en flyktighet som igjen reduserer mulighetene for å gå aktivt inn i omsorgsrelasjoner. Flyktige og springende relasjoner gir for eksempel ikke tilliten tid til å utvikles. Det kan bli knapt med tid til å la pasientene komme til orde. Overfladiskhet er risikoen der en rett og slett ikke får rom til å komme særlig tett inn på pasientene relasjonelt sett.

En annen måte å forstå dette på kan være *virksomhetenes karakter* på de forskjellige praksisstedene. I sykehjem er omsorg hovedfokus, mens den overordnede hensikten i sykehus er medisinsk behandling. Sykehuset som læringsarena er det medisinske verksted som kjennetegnes av høyt tempo, avansert medisinsk teknologisk virksomhet, ofte alvorlige diagnoser og truede livssituasjoner. Medisinsk kunnskap og behandling har tradisjonelt hatt en høyere status enn pleierelaterte kunnskaper. Det kan være rimelig å tenke seg at oppgaver og handlinger som ligger nærmere den medisinskorienterte kunnskapen lett får forrang hos studentene. Spørsmålet som kan stilles her er hvilken betydning et fokus på isolerte

oppgaver, der oppmerksomheten kanskje mest blir på egen utøvelse, har for studentene når de skal lære seg engasjement for andre og andre-orientert omsorg.

Å vinkle problemstillingen slik kan legge til grunn forestillinger om at praktisk dyktighet er motsatser til relasjonelle ferdigheter. Det kan gi antagelser om at fokus på gjøremål står i et motsetningsforhold til det å være orientert mot relasjonen til pasienten. En tilnærming som er dominert av oppgaver og utøvelsen av disse, og medisinske diagnoser, kan gi inntrykk av at oppmerksomheten mot pasientene og deres behov for omsorg kommer i bakgrunnen. I den videre analysen av datamaterialet ser jeg imidlertid at det er arbeidsoppgavene som ”drar” og bringer studentene inn i forbindelse med pasientene.

Oppgavene ”drar” studentene til pasientene

Det er læringsaktiviteter som prosedyrer og praktiske arbeidsoppgaver som setter studentene i relasjon til pasienter. For eksempel er det når Frøydis kan gå inn til pasienten med drikke, eller går rundt med kaffetralla, at hun kommer i kontakt med Fr. Hammer (kapittel 7,s.129). Når Frøydis ikke lenger kan gi henne drikke fordi hun avviser dette, kommer Frøydis til sin grense for hvordan hun makter å komme i kontakt med pasienten.

Martinsens idé om omsorg innebærer nettopp at den uttrykkes gjennom praktiske handlinger. Det er i handlinger og praktiske oppgaver at omtanke og ivaretagelse formidles. Hvis vi ser på oppgavene og gjøremålene i dette lyset, får de en *dobbeltfunksjon*. De vil representere den handlingen som skal gjøres, for eksempel drikken som skal gis eller SVK som skal skiftes på. Men oppgavene vil også representere det møtetpunktet der omsorgens relasjoner får sitt virkefelt. Et slikt perspektiv gir et annerledes blikk på verdien av også å beskjeftige seg med oppgaver og prosedyrer når omsorgsferdigheter skal læres. Oppgavefokuset blir i denne tanken ikke noen motsetning til å utøve omsorg, men en forutsetning for å komme i kontakt med pasienten. Dermed ”drar” gjøremålene studentene til pasientene.

Denne måten å betrakte funnene på, endrer et utgangspunkt om en antagelse av at et oppgavefokus fortrenger oppmerksomheten og omtanken for pasientene. Spørsmålet blir da ikke hvorvidt et oppgavefokus hindrer relasjonell læring. Et mer fruktbart spørsmål er om det å utøve og å trene på praktiske oppgaver er *tilstrekkelig* for å lære seg omsorgsferdigheter. I denne tankerekken handler det ikke om å redusere oppgavefokuset. Derimot vil det handle

om å spørre hvordan oppgaver som ”drar” studentene til pasientene, kan videreutvikles til også å bidra til omsorg for pasienten.

Tilgjengelighet i dobbel forstand

Forestillingen om at oppgavene har en dobbeltfunksjon indikerer at studentene har *tilgjengelighet til pasienter* i to betydninger. Den ene er den konkrete praktiske tilgjengeligheten som ligger i at en utsetter seg for erfaringer ved å komme i kontakt med pasientene. Den andre handler om tilgjengelighet i betydningen av å ha oppmerksomhet på relasjonelle forhold og å ha et refleksivt forhold til relasjonene i pasientsituasjonen og dermed også ha tilgang til forståelse og mening i en situasjon eller av en pasient.

De forskjellige glimtene fra empirien i de foregående kapitler forteller at studentene *gjør seg* mange interessante og potensielt lærerike erfaringer i det å lære omsorgsferdigheter. Deres tilgjengelighet til pasientsituasjoner er god, selv om data kan gi støtte for at ikke alle studentene utnytter tilgjengeligheten like godt. Når det ”ikke skjer noe i avdelingen”, ber for eksempel Berit om å få gå hjem. Å oppholde seg i avdelingen helt til vaktens slutt mener hun er helt unødvendig. Det å velge å forlate avdelingen når det ikke var oppgaver igjen på programmet, var en tendens Berit delte med flere i dette materialet.

Dette kan bety at det er virksomheten i avdelingen, i form av de konkrete programbestemte aktivitetene, som former og bestemmer studentenes engasjement i stor grad. Studentene har rikelig med tilgang til å delta i avdelingens ulike gjøremål. Aktiviteter som kan tenkes ha betydning for studentenes utvikling av omsorgsferdigheter, men som ikke finnes på noen dagsorden eller dagsprogram, eller er en del av avdelingens rutiner, får ikke tilsvarende oppmerksomhet hos studentene. På den annen side ligger det noen verdifulle muligheter i det jeg har omtalt som oppgavens dobbeltfunksjon, der oppgavene setter studentene i kontakt med pasienter. Pasientene som studentene møter innbyr til å gå inn i relasjonell samhandling. Jeg har tidligere vist hvordan studentenes medfølelse vekkes, hvordan de lar seg berøre av pasientsituasjonene og gjør seg ulike sanseerfaringer i møte med pasientene. Berørtheten åpner for muligheter til å gå inn i pasientsituasjonen for å ”lese” denne og forsøke å forstå behovet pasienten har for omsorg. Jeg skal gå litt nøyere inn på studentenes sanseerfaringer.

9.3 Tilgangen til sanseerfaringer

I kapittel 7 viser jeg studentenes læringsengasjement og hvordan de involverer seg i pasientenes situasjoner. De fanger opp sinnestemninger, enten de preges av pasienters opplevelse av overtramp, av forventningspress, kjenner seg slapp og dårlig, smerte- eller kvalmeplaget, eller at pasienter signaliserer behov for støtte. Studentene berøres på ulike måter av pasientsituasjonene og er åpne og vare for pasientenes uttrykk.

Når jeg ser litt nærmere inn i studentenes opplevelser i de ulike situasjonene, ser jeg at sanseerfaringene representerer både en varhet som retter oppmerksomhet mot pasienter og oppmerksomhet knyttet til egne reaksjoner. De viser mottakelighet både for det som er vendt ”innover” mot seg selv, en selvorientert oppmerksomhet, og ”utover”, det som er en andreorientert oppmerksomhet. Den andre-orienterte ser vi for eksempel når Frøydís fanger opp den kreftsyke damens behov for å være i fred. Erik står i en situasjon der han sanser noe han oppfatter som pasientens uttrykk for uverdigg behandling. Berits eksempel der hun informerer pasienten som er til en medisinsk undersøkelse, viser hvordan studentene også kan sanse den ”uuttalte” appell om omsorg, der den totale situasjonen ”taler” om behov for å bli ivaretatt.

Studentene er videre sensitive i forhold til egne reaksjoner. De gjør seg for eksempel erfaringer med selv å bli utsatt for ubehag i øvingsavdelingen og får på den måten egen erfaring til det å bli utsatt for vemmelige, ubehagelige, smertepåførende behandlinger. Det settes i gang følelser som vekker deres egen sårbarhet. Den samme selvoppmerksomhet sees også hos studenter i pasientsituasjoner, for eksempel i opplevelsen av å være ”teit” og ”dum” (kapittel 7,s.137).

Studentene gjør seg altså sanseerfaringer av ulik art i det de fanger opp signaler fra pasienter, både i situasjoner der pasienter gir tydelig uttrykk for disse, men også i sansning av forhold som er uuttalt, som ”situasjonen selv” uttrykker. Og studentene er følsomme for ulike reaksjoner hos seg selv.

Sammenflettet og infiltrert

Dette er ikke sanseintrykk som ”lever” sirlig og ryddig ved siden av hverandre. Det karakteristiske ved situasjonene som studentene står i, er hvordan pasientsituasjonene og studentenes sansning og oppmerksomhet mot egne reaksjoner på denne er sammenvevde

prosesser, inntrykk som gjensidig skaper og omskaper hverandre. Når Frøydis står og skal hjelpe den kreftsyke damen, er det tydelig at damens totale helsesituasjon, dens alvorlige karakter, hennes tynne og smertepregede kropp, sonden hun har osv., bidrar til å vekke medfølelse hos Frøydis, en medfølelse som motiverer til ”å gjøre noe”, og som også tåler pasientens avvisning. Situasjonen skaper i tillegg en rådløshet hos Frøydis, et press og et ubehag over ikke å tilfredsstille pasienten (eller kanskje først og fremst kontaktsykepleier og lege?). Videre står hun i en lidelse som ”slår tilbake” og som ”rammer” henne selv, i et uttrykt ønske om at lignende sykdom ikke skal kunne hende med henne selv. På samme tid er altså inntrykksåpenheten rette mot pasienten, mot andre aktører i situasjonen og mot seg selv.

Denne sammenblandingen av uensartede uttrykk, av andres og egne reaksjoner kan skape behov for å ”rydde” i opplevelsene og plassere ting der de hører hjemme. Å skille på egne opplevelser til forskjell fra andres, midt i en situasjon der en identifiserer seg med den andre, er vesentlig for å makte å skille på egne og andres omsorgsbehov.

Undertematisert sanseerfaring

Eksemplet fra Frøydis’ situasjon har i seg mange emosjonelle inntrykk som trykker på fra flere hold; fra situasjonen selv, fra kontaktsykepleier, lege og fra pasient. Det er dette forholdet til ”verden”, det affektive inntrykksbaserte, slik jeg fortolker situasjonen, som fanges opp og sanses hos Frøydis, men som ikke settes ord på eller tematiseres for de andre aktørene. Sanseerfaringene, som i denne situasjonen er pressende, negative, egnet til å vekke motløshet, blir ikke verbalisert, tematisert eller satt ord på, verken av studenten selv eller kontaktsykepleieren.

Studentenes involveringer og engasjement viser gjennom alle variasjonene det fellestrekket at de er følsomme og mottagelige for pasientens uttrykk. Det som imidlertid er slående i materialet er hvordan sanseligheten ikke bringes ”opp” i en refleksiv faglig bearbeiding i dialoger eller samtaler. Den blir ”liggende i situasjonen” og situasjonene forblir således litt uforløst. Inntrykk som skapes i pleiesituasjoner korrigeres i liten grad opp mot pasientenes opplevelser og egenforståelser. Oppmerksomheten på relasjonelle og moralske inntrykk bli i begrenset grad tematisert eller verbalisert til kontaktsykepleier eller pleiefellesskapet, inn i faglige vurderinger av pasientsituasjonen. Jeg skal vise litt av datamaterialets innhold vedrørende samtaler i pleiefellesskapet.

Samtaler i pleiefellesskapet

I kapittel 7 og 8 gir jeg et innblikk i hvordan studenter og pleiepersonalet har sine måter å snakke sammen på. Samtalene i avdelingen har litt forskjellig form. Den muntlige rapporten bærer preg av stor informasjonsoverlevering, litt utvalgt data om hver pasient. For mange pasienters vedkommende, handler informasjonen om livets ”store” spørsmål uttrykt i korte stikkord. Det er liv og død i oppsummert form. Dette sier noe om at sykepleiefaglige problemstillinger ofte må løses i eksistensielt fortattede kontekster. Data fra rapportene viser at informasjonen ofte er enveis og gir lite rom for reflektert diskusjon.

Analysen av samtaler mellom studenter og kontaktsykepleiere viser hvordan de preges av å være sentrert om spørsmål knyttet til praktiske oppgaver som de står overfor. Innholdet i samtalene handler ofte om hvordan en oppgave skulle løses eller hvordan den ”riktige” prosedyren skal utføres. Det er ikke bare studentene som lurer på standarder på prosedyrer. Også sykepleiere seg i mellom kunne ha behov for å spørre hverandre til råds for å oppdatere seg på framgangsmåter og kriterier for ”husets” rutiner.

Samtaler mellom student og kontaktsykepleier underveis i dagens gjøremål, er preget av at de foregår i ”forbifarten”. Det er korte oppklaringer eller forklaringer før oppgaver skal gjennomføres. Innholdet er ofte sentrert om gjøremål i avdelingen.

Selv om samtalene kan gi inntrykk av at innholdet har en fokusering på oppgaver, handler det ikke om at aktører i feltet ikke gir uttrykk for opplevelser og reaksjoner på hendelser. Kontaktsykepleiere gir ofte uttrykk for emosjonelle reaksjoner, for eksempel at de føler med pasienter eller at de kan irritere seg over enkelte. Geir forteller for eksempel at personalets medfølelse gjorde inntrykk på ham. Han fikk være med en pasient som skulle opereres for brystkreft, til operasjonsstuen. Det viste seg at brystcanceren var større enn behandlingspersonalet opprinnelig hadde trodd. Da hadde de gitt uttrykk for at de var oppriktig lei seg på pasientens vegne. At personalet, som til daglig står overfor slike alvorlige livssituasjoner kunne reagere med følelser, gjorde sterkt inntrykk på Geir. Dette er også et eksempel på hvordan personalets reaksjoner blir noe også studentene får del i, i samhandling med pleiefellesskapet.

Ovenfor har jeg omtalt samtaler i pleiefellesskap og mellom studenter og kontaktsykepleiere, og hvordan disse i liten grad henter opp og reflekterer sammen rundt sansninger og

opplevelser som de gjør med pasientene. Hvordan praksisark som læringsverktøy fanger opp studentens erfaringer og gir muligheter til å bearbeide disse, skal jeg nå gå over til å beskrive.

Kommunikasjon gjennom praksisark.

Det ligger noen sterke føringer for å utarbeide praksisark som er omtalt i kapittel 2.

Hovedhensikten med dette læringsverktøyet er at studentene skal lære gjennom å reflektere over erfaringer som gjøres i kliniske studier.

Gjennom intervjuer med studentene får jeg inntrykk av at de har ulike oppfatninger av hva skriftlige refleksjoner over egne erfaringer kan bety for deres læring. Mange studenter opplever det som et ”pes” å skrive praksisark, og å få det gjort slik de ulike lærerne ”vil ha dem”. Noen studenter skriver alle praksisarkene på en gang. Det kan virke som læringsredskapet fungerer som en øvelse i rask og kvikk ekspedering av et skriftlig produkt. Berit sier til meg en dag vi sitter ute i en liten pause fra feltobservasjonene, at hun ikke lærer noe av å skrive. Det er mye mer å hente i de muntlige veiledningene som hun og hennes gruppe har med lærer, mener hun.

Charlotte viser i det siste intervjuet ett interessant fenomen i det å skulle skrive om egen erfaring. Hun opplever det vanskelig å finne noe å skrive om.

”Vrir hue for å finne noe å skrive om” ...

Charlottes forteller i det siste intervjuet: ”Det har vært ganger når jeg har slitt og ikke hatt noe å skrive om (...) jeg har virkelig vridd hue mitt og prøvd å få til noe (...) følt meg veldig krysta (...) forferdelig, nå skal jeg tilfredsstille dem igjen (altså lærerne – min anm.) (...) nå må jeg forte meg å få skrevet et praksisark denne uke her (...) men da har det ofte vært sånn (...) vært tvunget og tenkt og tenkt og kanskje sogar har vært sånn at jeg har sittet og lest i bøker også funnet et eller annet sitat som har påmint meg om et eller annet (...) så begynt å skrive rundt det (...) hvor det har vært veldig ok (...) sette ord på ting (...) og det har vært ting som har vært sånn småtraumatiske (...) dramatiske (...) som det har vært veldig greit å få skrevet av seg”.

Det er et interessant fenomen når Charlotte opplever at hun ikke ”har hatt noe å skrive om”. Jeg forstår hennes utsagn som en forestilling om at hendelser som skal reflekteres rundt må være ”spesielle”, vanskelige eller ”småtraumatiske”, som hun sier. Det kan forstås dit hen at hun ikke ser på daglige situasjoner, som noe det er mulig å reflektere over og grunne på. For eksempel at tanker hun gjør seg i situasjoner om pasientens blikk, en påminning om noe han eller hun sa, en kollegas utsagn, egne følelser av ubehag, eller opplevelser av å lykkes osv.,

kan være noe å reflektere rundt. Det er noe paradoksalt i dette: midt i hverdagens uttallige episoder, ”har hun ikke noe å skrive om”.

Det er videre interessant å legge merke til hvordan noe hun finner i bøker kan gi assosiasjoner til erfaringer i praksis, som så gjør at hun får bearbeidet ting ved å sette ord på dem, som hun selv sier; ”få skrevet ting av seg”. Veien til å reflektere skriftlig over erfaringer synes i dette eksemplet å være ”ovenfra og ned”, fra det abstrakte til det mer konkrete.

Aina opplever det annerledes å skrive praksisark.

”Der lærer du utrolig mye”

I intervjuet fra 6. semester forteller hun bl.a. at hun opplever skriftlige refleksjoner som lærerikt.

”Og de praksisarka, der lærer du utrolig mye, altså. (...) det er ikke bare det at du skal skrive ned en situasjon og så finne litteratur og så ferdig (...) det er mange som tenker sånn (...) men da må du liksom tenke igjennom situasjoner liksom (...) hva er det jeg gjorde? Hva var riktig med det her og hva var feil? Du må på en måte finne en teori som begrunner kanskje hva du gjorde feil og hva du gjorde riktig og hva er egentlig det her? Er det etikk, er det samhandling eller hva er det liksom? For å liksom bevisstgjøre deg sjøl på situasjoner du egentlig møter kanskje hver dag. Så (...) jeg bruker over to timer på et praksisark (...) du skal liksom tenke igjennom alt (...) da lærer du ganske mye altså (...) lærer å slå opp i litteraturen (...) det er jo ganske viktig når du er ferdig også ”.

Det går klart fram at Aina opplever det lærerikt å skrive om sine erfaringer. Hennes positive innstilling til det å skrive studieoppgaver kan selvsagt fortolkes som oppfatninger som en student lett kan gi uttrykk for i en samtale med en person hun kan oppfatte som lærer. Hun kan svare slik hun tror svaret forventes gitt.

Det hun imidlertid peker på som nyttig, er bevisstgjøringen som ligger i det å reflektere rundt situasjoner hun har vært oppe i, ”du må liksom tenke igjennom”. Hun stiller spørsmål ved egne handlinger og egen utøvelse. Her er utgangspunktet erfaringen og ikke teori, som i forrige eksempel. Hun går tilbake til situasjoner, tenker igjennom og gir seg selv muligheter til å tenke alternativer. Hva gjorde hun riktig, hva gjorde hun eventuelt feil. Underforstått, hvordan kunne jeg ha handlet annerledes. Det er interessant at hun snakker om handlingene sine i to kategorier, som ”feil” eller ”riktig”. Det gir ytterpunkter for klassifisering og

forståelser i absolutter, sammenlignet med å tenke mer i grader, for eksempel i gode eller mindre gode måter å håndtere situasjoner på.

Videre er Ainas fortellinger om hvordan hun skriftliggjør refleksjoner interessant. Slik Aina formulerer seg kan vi få det inntrykket av at hun går ”på leit” i bøker og artikler etter svar og begrunnelser for handling. Denne måten å skrive og reflektere rundt erfaringer kan forstås i sammenheng med studiekravet der hendelser skal knyttes til teoretisk kunnskap (se kapittel 2, s.23). Eksemplet setter meg på sporet av tanker om hvordan kunnskap kanskje forvaltes i utdanningen. Dette poenget utdypes litt senere.

Aina synes det er lærerikt å få tilbakemeldinger fra lærer, selv om hun også har kritiske synspunkter. Hvis hun skriver om noe hun er litt usikker på, så er det fint å få tilbakemelding på hva hun gjorde: ”det høres bra ut det her” eller ”her kunne du kanskje gjort sånn og sånn”. Samtidig gir Aina uttrykk for at hennes tanker og forståelse av egne erfaringer er fylldigere og rikere på kunnskap enn det teksten hennes egentlig makter å formidle. Da oppleves det surt å få kommentarer på at ting savnes i teksten, sier hun. Det er også litt irriterende særlig når det ”ikke er lov” å skrive mer enn en side, som hun sier.

At praksisark kan være et læringsverktøy som er potensielt lærerikt i det å belyse, diskutere, stille seg kritisk undrende til egne opplevelser, er ett av Charlottes praksisark et godt eksempel på.

Nære pleieopplevelser – rike erfaringer

Av 7 praksisark i hjemmesykepleien, skriver Charlotte ett som omhandler pleie og omsorg i møte med en døende eldre dame og hennes søster. Charlotte setter temaet for praksisarket: ”Ærlighet og kongruens i møte i hjemmesykepleien”. Hennes beskrivelser inneholder mye som gir inntrykk av at hun har fått hjulpet to eldre damer som hver på sin måte er ”dødstrette”. Hun stiller den døende og oppmuntrer søsteren til også å ta seg et bad mens hun er der. Hun synger salmer for dem begge. Og mens den døende slumrer inn, setter hun seg på kjøkkenet og prater med søsteren. Da hun gjør seg klar for å gå, ”kommer tårene hos søsteren. Hun gir meg en varm klem, og vi tar et virkelig farvel med pasienten”.

Charlottes beskrivelser innehar samtidig mange interessante forhold som en kunne undre seg sammen over. Hun skriver for eksempel: ”Sykepleieren (som var med henne - min anm.) har tidligere spurt meg om jeg har problemer med å forholde meg til døden, det har jeg ikke. (...)

Dette ble et fint møte mellom mennesker som ikke kjente hverandre fra før, men som allikevel traff hverandre. (...) Jeg turte å åpne meg og være ærlig i det jeg sa og gjorde uten å gå på akkord med min profesjonalitet, og det tror jeg de oppfattet”

I grunnen representerer hele praksisarket eksempler på områder som en kan ”grave dypere” i og lære mer av. Her har jeg hentet fram noen få eksempler. Hva betyr det for eksempel å ”forholde seg til døden”? Hvordan kan en forstå de to eldre damenes forhold til døden? Hva var mulig å sanse i møte med dem? Hva kan og bør snakkes om? Kan det være ting som gjør at noe ikke skal snakkes om? Og videre: for hvem ble dette et ”fint møte”, opplevde også pasienten og hennes søster det? Hva var det som truet profesjonaliteten i det å være åpen og ærlig? Slike og lignende spørsmål vil kunne utfordre studenter til å hente fram erfaringer og reflektere fagrelatert. Refleksjoner vil også kunne bidra til å skille mellom hva en erfarer selv til forskjell fra hvordan pasienter og eventuelt andre aktører kan erfare den samme situasjonen.

Kommentarene som kontaktsykepleieren skriver på Charlottes praksisark kan forstås som bekräftende: ”Denne situasjonen taklet/håndterte du flott. Det er ikke alltid lett å klare å ta vare på seg selv som sykepleier og msk. i slike situasjoner, men det virker som du klarte det strålende. Samtidig som du klarte å dekke brukerens og pårørendes behov der og da. FLOTT!! Her forstår jeg at sykepleieren forsøker å stimulere Charlotte ved å skrive bekräftende om hennes utøvelse. Dessuten er det verdt å merke seg at det er ivaretagelsen av studenten som person, som kommenteres først.

Kommentaren forutsetter at pasientens og hennes søsters behov ble møtt. På *hvilke måter* pasientens og søsterens behov ble ivarettatt, eller hvordan de selv kanskje kunne ha opplevd situasjonen, tas ikke opp til diskusjon.

Lærerens kommentarer er mer omfattende (en håndskrevet A-4 side). Også læreren synes å forsøke å bekrefte studentens handlinger. ”Beskrivelsen du gir av situasjonen forteller meg at du både fikk gi mye av deg selv, samtidig som du selv ble beriket.” Også her er studenten selv utgangspunktet for kommentaren. Deretter går lærerens kommentarer over til å hente inn teoretiske kunnskaper fra litteratur. En måte å forstå kommentaren på, er at den forsøker å vise hvordan litteratur kan belyse erfaringer i praksis. Det gis ”smakebiter” av pensumlitteratur, for

eksempel fra "Anne Iversen (Hva gjør vi i hjemmesykepleien, 1986; 162) fremhever at den døende og pårørende trenger at vi som pleier opparbeider tillit, gir god sykepleie, ikke har det travelt og ikke fratar håp. Du viser gjennom dette besøket at du evner dette." På denne måten forstår jeg at læreren forsøker å belyse det Charlotte opplevde gjennom å hente inn ulike relevante deler av litteratur. Det resulterer i at forhold som "tillit", "god sykepleie", "travelhet" og "håp" blir stående litt som overskrifter, som ikke får en "borrende" og utdypende funksjon i forhold til det Charlotte faktisk opplevde.

Tendensen fra lærerkommentarene til å etterspørre teori i praksisarkene, utdypes i neste avsnitt.

Å etterspørre teoretisk kunnskap

Det er et gjennomgående trekk i responsen fra lærere, enten studentenes fokus i det skriftlige innholdet er på relasjonelle forhold eller er mer teknisk oppgaveorientert, at de etterspør "relevant teori", for å belyse erfaringer og begrunne praksis som studentene står i.

Praksisarkene fra kliniske studier i psykisk helsevern utmerker seg ved at problemstillingene ofte er knyttet til omsorgsferdigheter der relasjonelle og moralske forhold blir framtrepende. Tendensen til å etterspørre teoretisk refleksjon er likevel den samme. Måten teori etterspørres på varierer. Noen lærere gir selv "smakebiter" fra relevant teoretisk stoff, mens andre etterspør i tråd med et mer "teknisk" akademiske krav, som for eksempel slik:

"Jeg savner generelt et noe større fokus på analyse/tolkning med referanse til aktuell teori. Du er veldig på løsningssiden uten at jeg i tilstrekkelig grad blir delaktig i tankerekken som ligger forut for løsningene. Du nevner kilder, men de må være mer presise (bl.a. tittel og sideanvisning) for at jeg skal kunne vurdere relevansen og samtidig selv utvide egen forståelse for det du setter fokus på.

Forsøk å få til dette i det siste praksisarket".

Teksten i denne lærerresponsen kan forstås som et forsøk på å stimulere til fordypet refleksjon. Den oppfordrer studenten til å få til mer av teoretisk refleksjon. Det er et trekk ved lærernes respons at de ikke griper tak i studentens sanseerfaring og forståelsen av disse. Spørsmål og utfordringer som lærerens respons reiser er på et generelt grunnlag. Jeg forstår lærernes respons som anmodninger om å hente fram teoretiske kilder som kan øke og utvide studentens forståelse. Det synes å være en underliggende tanke her om at "aktuell teori" skal kunne belyse og utvide innsiktene om de situasjonene studenten står i.

Praksisarkene viser at det er litt forskjellig hvordan studentene løser kravet om teori. Noen prøver, uten å lykkes, som dette eksemplet viser: ”Teori om dette var ikke særlig lett å finne, selv om jeg har prøvd.” Andre løser kravet om teori ved for eksempel ved å finne litteratur der temaet tangerer det temaet som studentene har reflektert rundt. Ofte makter studentene ikke å belyse og utvide innsikter fra de situasjonene de står i. Det synes ikke som om de finner ”forklaringskraft” i litteratur. I noen få praksisark synes teoretiske kunnskaper, som gjerne er kunnskaper om medisinske diagnoser, å vise til prosesser der kunnskapen har bidratt til økte innsikter.

Denne måten å etterspørre teori på, synes å ”løfte” studentene ut og bort fra erfaringene og over i den teoretiske og boklige verden. I praksisarkene inviterer lærere til refleksjoner fra teori og ”ned”. Det kan gi inntrykk av forestillinger om at teori forklarer praksis.

Forutsetninger for fruktbare videreutviklinger av egne erfaringer er selvsagt også teoretisk skoloring innenfor aktuelle emner. Forbindelsen mellom erfaring og teoretisk innsikt er imidlertid et kritisk punkt. Vekten på abstrakt teori kan øke distansen til det erfarte. Det er ikke det samme som å si at teori er overflødig. Det jeg først og fremst ser i lærerresponsen i praksisarkene, er tendensen til å *bevege refleksjonene ut av erfaringen*, og at en annen type kunnskap blir mer toneangivende og overordnet for fortolkninger av opplevelser i praksis. Lærers etterspørring av teorier kan gi et inntrykk av at abstrakte kunnskaper er viktigere enn å ”grave i erfaringene”. Med grunnlag i datamaterialet kan det synes som om studentene ikke får lære å reflektere over egne sanseintrykk. Det synes ikke å være nærliggende å ”spinne videre” på forestillinger om situasjonen eller å spørre etter mulig bakgrunn for hvorfor ting er som de er.

9.4 Empiriske hovedinntrykk: Begrenset tilgang til refleksjoner over sanseerfaringer

Med oppmerksomheten på hvordan studentene velger ut læringsaktiviteter ser jeg at studentene stilles relativt fritt i valg av læringsaktiviteter. Studentene har en tendens til å velge oppgaver som det er knyttet nyhetens og spenningens interesse til. På den ene siden synes læringsoppgavene å bli en rekke isolerte læringsoppgaver som studentene engasjerer seg i. På den andre siden ser jeg at det er oppgavene som bringer studentene i kontakt med

pasientene og slik sett både representerer omsorgens uttrykk, men som også bidrar til å sette dem i relasjonelle posisjoner til pasientene, der også moralske dimensjoner kommer i spill.

Læring forstått, både som *deltagelse* og *argumentasjon*, der studentene både utfører oppgaver, men også snakker om handlingene, gjør samtalene med personalet interessante. Det er stort rom for studentene å spørre og lave terskler til å rådføre seg, både med kontaktsykepleier og med andre i pleiefellesskapet. Rådføring, konkrete framgangsmåter, og spørsmålet om korrekte utførelser kjennetegner innholdet i samtalene. Dessuten dreier innholdet seg også om diagnoseorientert resonnering rundt pasientens helsetilstand. Videre ser jeg tendenser i materialet til at førsteinntrykket av pasientene gjerne er det som får feste seg. Dette kan fortolkes dit hen at det er de løsbare problemene som får forrang, snarere enn en undrende, spørrende tilnærming til problemstillinger der situasjonenes praktiske element diskuteres, men der også relasjonelle og moralske forhold blir gjort til gjenstand for undrende granskning.

Omsorgsferdigheter som læringsfokus synes å endre seg i løpet av tre studieår. Det sterke oppgavefokuset i læringsaktivitetene kan fortrenge oppmerksomheten på relasjonene til pasienter og på spørsmål om hva som er til deres beste (moralsk dimensjon) og på utviklingen av disse. I et utvidet perspektiv på "oppgaver", der en ser deres dobbeltfunksjon, nemlig at det nettopp er gjennom praktiske handlinger og gjennom konkrete oppgaver at omtanke og omsorg formidles, kan en forstå at studentene har tilgjengelighet til pasientene i to betydninger. Den ene handler om tilgjengeligheten til å gjøre seg konkrete erfaringer med pasientene. Den andre handler om tilgjengeligheten til å ha oppmerksomheten på relasjoner og de moralske dimensjoner, og til å ha et reflektert forhold til gjensidigheten i pasient-student situasjonene. Gjennom pedagogiske læringsverktøy som skal fremme skriftlige refleksjoner, kommer den abstrakte teorien på banen som krav til studieoppgaver og som grunnlag til å forstå egne erfaringer. Alle deler ble mangelfullt i forhold til å *ta vare på sanseerfaringene som en kilde til det å utvikle kunnskaper og ferdigheter i omsorg*.

9.5 Hovedfunn i studien

I dette avsnittet skal jeg oppsummere funnene gjennom de tre empiriske kapitlene og sammenfatte den analytiske tankerekken i avhandlingen. Utgangspunktet for og drivkraften i forskningsarbeidet har vært forskningsspørsmålene som innledningsvis ble stilt.

Spørsmålene:

Hva kjennetegner studentenes omsorgsferdigheter i ulike pleiesituasjoner?

Hvordan tar læring form når studentene utøver omsorg?

Resultatene viser at studentene står i situasjoner der de utfordres på relasjonelle og moralske ferdigheter i den praktiske utøvelsen. Empirien viser hvordan studentene lar seg berøre og vekkes til medfølelse av pasientsituasjoner med mangfoldige og komplekse helseutfordringer og ofte sterke lidelser. Datamaterialet viser hvordan studentene er oppmerksomt tilstede i pasientsituasjonene og på denne måten gir uttrykk for sine sanseerfaringer. Materialet viser også at pasientuttrykk kan vekke til live frustrasjoner og irritasjoner.

Videre etterlater analysene et inntrykk av sårbarhet i situasjonene, en sårbarhet som både referer til den sårbare situasjonen pasienten er i, men også til en sårbarhet som "rammer" studentene. Denne fortolkningen får meg til å undre meg over hvordan sårbarheten og sensitiviteten ivaretas i praksisfellesskapet. Spørsmålet ble stilt:

Hvilken betydning får pleiefellesskapet for studentenes læring av omsorgsferdigheter?

Analysene viser hvordan studentene i store trekk blir godt ivaretatt som studenter. Gjennom vare veiledningsforhold og sårbare læringssituasjoner viser materialet hvordan kontaktsykepleiere bekrefter studentene. Studentene kommer ofte styrket ut av utfordrende læresituasjoner, der de også lærer seg strategier for å utholde egen usikkerhet. Studentenes sensitivitet og den sansning de viser i relasjonene med pasienter blir ikke på tilsvarende måte ivaretatt. Slike sanseerfaringer settes i mindre grad ord på. Det synes heller ikke som den etterspørres av personalet. Kliniske studier bidrar derfor lite til at studentene får trene refleksjon av egne sanseerfaringer fra pleiesituasjonene.

Kontaktsykepleieren er den som står nærmest studentene i veiledningsrelasjonen. Kontaktsykepleieren blir en døråpner for tilgangen til læringsaktiviteter så vel som til fellesskapet i pleiegruppen forøvrig. Hun eller han bidrar til å farge holdningene til studentene i resten av pleiegruppen. Pleiegruppen som er de øvrige sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, er betydningsfulle for studentene ved sine holdninger til studenter generelt, men også til studentene personlig. Måten de bidrar til å innvie og inkludere studentene i arbeidet i avdelingen, opplever studentene viktig for læringssituasjonen.

Analysene ga videre et hovedinntrykk som viser praksisfellesskapets betydning for studentenes læring, og at studentene er prisgitt fellesskapet for faktisk tilgang til læringsaktiviteter. De er samtidig også frisatt fra arbeidsforpliktelser og er frie til å forsyne seg av det oppgavemangfold praksis byr på. Men studentene er også prisgitt fellesskapet i betydningen av å bli godtatt og verdsatt i forholdet mellom studenter og sykepleiere. Valgfriheten studentene har i forhold til å velge daglig læringsaktiviteter synes å resultere i en tendens til å velge seg isolerte arbeidsoppgaver som læringsaktiviteter. Jeg undres over om studiehverdagen på denne måten kan bli oppstykket og fragmentert og stiller spørsmålene:

Hvordan er det studentene selv velger ut og forholder seg til læringsaktiviteter i sine kliniske studier? Hvordan innvirker studentenes egne valg av læringsaktiviteter på utviklingen av omsorgsferdigheter?

Omsorgsferdigheter som læringsfokus synes å endre seg i løpet av de tre årene. Det sterke oppgavefokuset i læringsaktivitetene kan fortrenge oppmerksomheten på relasjonene til pasienter og på utviklingen av denne.

I et utvidet perspektiv på ”oppgaver”, har oppgavene i studentenes læringsaktiviteter en dobbeltfunksjon. De ivaretar selve oppgavens intensjon. I tillegg bidrar oppgaver til relasjonell tilgang til pasientsituasjonen, der også moralske dimensjoner kommer i spill. Studentene har rikelig med muligheter til å delta i avdelingens ulike gjøremål, og dermed også komme i kontakt med pasientene. Deres opplevelser med pasientene resulterer i sanseerfaringer, som både viser en følsomhet for pasientenes uttrykk, og en oppmerksomhet på egne reaksjoner. Følsomheten fanger opp uttrykk som både er andre-orienterte og selvorienterte. I mindre grad får studentene tilgang til å reflektere rundt sine sanseerfaringer. Samtalene i pleiefellesskapet preges av å være orientert rundt de daglige arbeidsoppgavene. I samtaler og dialogisk samhandling kan det synes som det er problemfokuset som får forrang. I responsen fra lærere på skriftlige refleksjoner, er etterspørselen etter teoretisk resonnering omkring erfaringene, påfallende. Gjennom læringsverktøyet praksisark, kommer den abstrakte teorien på banen som krav til studieoppgaver og som grunnlag til å forstå egne

erfaringer. Alle deler blir mangelfullt i forhold til å ta vare på sanseerfaringene som kilde til det å utvikle kunnskaper og ferdigheter i omsorg.

Studentene får paradoksalt nok, - midt i erfaringen - ikke tilstrekkelig tilgang til refleksjoner omkring sanseinntrykkene fra omsorgssituasjonene. Det er mindre av undrende og utforskende tilnærminger til egne opplevelser og reaksjoner som grunnlag for å reflektere faglig over forholdet til pasientene. Deres praktiske erfaringer synes å utgjøre et underutnyttet potensial for læring.

Dette overordnede spørsmålet ble i utgangspunktet stilt, kan besvares med:

Hva kjennetegner studenters læring av omsorgsferdigheter i sykepleierutdanningen?

Studenter som skal lære seg omsorgsferdigheter får i begrenset grad tilgang til refleksjoner rundt egne sanseerfaringer.

KAPITTEL 10

SANSEERFARINGENES POTENSIAL FOR Å LÆRE

OMSORGSFERDIGHETER

10.1 Innledning

I dette kapittelet skal jeg løfte fram studiens empiriske funn og videre utforske og diskutere disse i lys av omsorgs- og læringsforståelsen som er lagt til grunn for studien. Hvordan resultatene kan forstås i lys av tidligere forskningsresultater er viktige bidrag til diskusjonen, og skal løftes fram. Så tar jeg steget over i en mer normativ tilnærming og peker framover mot noen didaktiske konsekvenser. Til slutt vil jeg skissere mulige veier for videre forskning.

10.2 Diskusjon av studiens hovedfunn

Før jeg går i gang med diskusjonen skal jeg summere studiens funn i korte trekk.

10.2.1 Begrenset tilgang til refleksjoner rundt sanseerfaringer

Avhandlingen har fokus på hva som særpreger læringsprosesser hos sykepleiestudenter som skal tilegne seg ferdigheter i utøvelse av omsorg. Omsorgsferdigheter som begrep betegner omsorg som kommer til uttrykk i praktisk handling og som vokser fram av den konkrete situasjonen og tilstanden som mottageren befinner seg i. Derfor forstås omsorgsferdigheter som noe som blir til og utvikles i samspill med pasienten. Det handler både om måten pleiearbeid utføres på og om innholdet i det som gjøres. Studentenes læringsprosesser er studert i en forståelse av læring som relasjonelt og situert. Dette innebærer at omsorgsferdigheter ikke læres en gang for alle, men vil utfordres fra situasjon til situasjon. Den metodiske tilgangen har vært feltobservasjoner, intervjuer og analyser av studentenes studieoppgaver.

Det overordnede spørsmålet som i utgangspunktet ble stilt var: *Hva kjennetegner studenters læring av omsorgsferdigheter i sykepleierutdanningen?*

Arbeidet med analysene har ført frem til følgende funn: Læring av omsorgsferdigheter viser seg gjennom studentenes følsomhet og mottakelighet for uttrykk hos pasientene. De er sensitive i omgangen med pasientene, og samtidig følsomme og vare for egne reaksjoner. Det skapes en oppmerksomhet og varhet for egne erfaringer i et gjensidig samspill med pasienter. Studentene blir videre, med god hjelp av pleiefellesskapet, inkludert og innviet i arbeidsoppgaver, og de gjør seg rikelig med erfaringer av å møte pasienter. Aktiviteter som studentene lar seg engasjere av, kan forstås som isolerte oppgave- og gjøremålsorientert deltagelse i kliniske studier. Også samtaler og kommunikasjon i pleiefellesskapet synes å ha et oppgaveorientert fokus. Empirien viser hvordan sanseerfaringene bare i begrenset grad får oppmerksomhet i samtaler og dialoger. Fokus for studentenes læringsaktiviteter er i stor grad rettet mot oppgaver og medisinsktekniske prosedyrer og kan gi signaler om læringsaktiviteter der bearbeiding av relasjonelt arbeid kommer i bakgrunnen til fordel for isolerte tekniske og instrumentelle fokus på arbeidsoperasjoner.

Spørsmålet om oppgavefokuset kan fortrenge oppmerksomheten og omtanken for pasientene er nærliggende. Kan oppmerksomhet og engasjement i å få trene på flest mulig ”nye” og ”spennende” prosedyrer bidra til at pasientrelasjonene blir skadelidende?

Sett i lys av at gjøremål har en dobbeltfunksjon, kan en forstå at studentene har tilgjengelighet til pasientene i to betydninger. Det er for det første den konkrete, praktiske, som ligger i at det å utøve oppgaver ofte handler om å gjøre noe med og for pasienter. Det inkluderer dermed samtidig relasjoner som skapes i forholdet, fordi studentene gjennom utførelsen også forholder seg relasjonelt til pasientene. Den andre måten å forstå tilgjengelighet på omhandler den reflekterende tilgangen, som innebærer å ha oppmerksomhet på relasjonelle forhold og å ha et reflektert forhold til sanseerfaringer som en gjør i møte med pasienter.

Analysen av materialet kan tyde på at studentene *gjør seg* rikelig med erfaringer i ulike pasientsituasjoner, gjennom ulike arbeidsoppgaver, knyttet til det å hjelpe pasientene i pleie og behandling. Studentene får imidlertid i mindre grad tilgang til refleksjoner om egne sanseerfaringer. De lærer seg i begrenset grad å stoppe opp for eller grunne videre på

umiddelbare inntrykk og opplevelser fra pasientsituasjoner. Dermed settes de ikke i posisjoner med muligheter til å se sine umiddelbare sanseerfaringene i sammenheng med moralske og praktiske dimensjoner, som er integrerte deler av omsorgsferdighet. Martinsens beskrivelser av sansningens vekking av moralske dimensjoner i praktisk handling, minner oss om gjensidigheten som hun legger vekt på for å forstå omsorg. Vekkingen og følsomheten for pasienters uttrykk, de direkte og intuitive erfaringene som studentene gjør seg, bringes i mindre grad inn i refleksjonens vurderende, gjennomtenkende og kritisk analyserende dimensjon. Studentene får ikke hjelp til eller mangler verktøy til å skape den kognitive distanse som gjør at de affektive umiddelbare dimensjonene kan gjøres faglig gjennomtenkte og reflekterte.

Hovedfunnet i datamaterialet, og svaret på det overordnede stilte forskningsspørsmålet er: **Å lære omsorgsferdigheter kjennetegnes av at de umiddelbare og sansebaserte erfaringene i begrenset grad anvendes til faglig reflekterte forståelser.**

Når de sansebaserte erfaringer som studentene gjør seg i samspillet med pasienter ikke blir tilstrekkelig gjenstand for refleksjon og dialogisk bearbeiding, vil det representere et underutnyttet potensial for læring av omsorgsferdigheter. De får i begrenset grad støtte fra omgivelsene, fra pleiefellesskapet eller skole, til å ta vare på og bearbeide sanseerfaringene, og se og vurdere disse i lys av pasientsituasjonen og dennes egen forståelse av sin situasjon. Betydningen som dette kan ha for å lære omsorgsutøvelse, skal diskuteres i det videre her. I denne sammenhengen er det flere spørsmål som er interessante og didaktisk nødvendig å stille. For det første, hvilken betydning har sanseerfaringer for det å utøve omsorg? Og hvordan oppnås tilgang til refleksjoner rundt sanseerfaringer?

10.2.2 Diskusjon

Sansningens betydning for omsorgsferdigheter

Som vist i kapittel 9, opplever og erfarer studentene sanseinntrykk, både som varhet overfor pasientenes uttrykk, men også følsomhet for reaksjoner hos seg selv. Martinsen er først og fremst opptatt av den andre-orienterte oppmerksomheten. Hun beskriver følsomhet for og *sansning* av pasientens uttrykk, som en vesentlig *betingelse* for å utøve omsorg og å være omsorgsfull i pleiesituasjoner. Sansningen er det som ”vekker”, berører og dermed gjør

omsorgsbehovet synlig. Hun legger noe mer i sansning enn bare det å ta imot sanseinntrykk og å observere tilstander hos pasientene, for eksempel å høre hva de sier, få inntrykk av kroppsstillinger eller å kjenne kroppstemperaturen med en hånd på pannen. For Martinsen handler varheten og følsomheten for pasientene også om å ta imot og fortolke sanseinntrykk med utgangspunkt i en holdning der *pasienten angår oss som menneske*, og ikke som en fremmed og uvedkommende. Det kommer til uttrykk i en grunnholdning i møte med pasienter som kan uttrykkes i denne appellen: ”Vær barmhjertig, vær varsom. Mitt liv er utlevert deg. Ikke bruk makten (styrkeforholdet i relasjonen) du har ved at mitt liv er utlevert deg, til å slå hånden av meg.” (Martinsen 2000,s.23). Her ligger altså en moralsk ”vekking”, som appellerer til omsorg, i det at den andre angår en.

Å sanse er å være åpen for ”det som kommer til ham” som menneske (Martinsen 2000, s.22). Å sanse, eller å ”se med hjertets øyne” som Martinsen kaller det (Martinsen 2000, s.18), fortolker jeg som den *moralske vekkende* funksjonen. Den bidrar å skape den moralske relasjon, som et menneske som betyr noe, som en ”ser deltakende” på (Martinsen 2000, s.21). I sansningen er det en enhet mellom den sansende og det sansede og i denne enheten ligger et ”bør” (Martinsen 2000, s.23).

Gjennom sansning, altså gjennom den moralske vekkingen, prøver en så å *forstå*, i betydningen å følge med i den andres tilstand, og her kommer ”registrering” inn. Å ”registrere” handler om evne til å abstrahere, analysere ”det umiddelbare liv som er i sansene” (Martinsen 2000, s.18). Forståelsen skaper avstand og den bidrar til at vi ikke oppslukes av sansningen (Martinsen 2000, s.24).

Det å forstå pasienter går gjennom tre ulike ledd her, først sansning og den moralske vekking, så registrering, der analyse og abstraksjon kommer inn, og deretter en *forståelse* som er den nødvendige distanserte posisjonen som skal gi en oversikt og hindre sentimentalitet. Forståelsesprosessen kan forstås som tre ulike ledd, samtidig foregår dette samtidig. ”Vi sanser og forstår samtidig og vi forstår på sansningens grunnlag (Martinsen 2000, s.24).

Tar jeg Nortvedts og Grimens tanker om sensibilitet til hjelp, er de forståelser som springer ut fra opplevelser og sanseerfaringer spontane, umiddelbare og pre-refleksive i sin natur. Sensibilitet er affektiv og førspråklig og det affiserer oss og *vekker et meningsinnhold*, uten at det er det en bevisst fokuserer på eller reflekterer omkring (Nortvedt, Grimen 2004). Tanker

og refleksjoner er sekundær til opplevelsens primære og inntrykksbaserte karakter. Det vi forstår ut fra sanseerfaringer i en situasjon kjennetegnes av ikke å ha en dominerende plass i tanken eller bevisstheten. Den er altså (ennå) ikke trukket inn i refleksjoner eller vurderinger. Dette betyr i sin tur at dersom inntrykket, den prerefleksive forståelsen som springer ut av sanseerfaringene er den som legges til grunn for handlinger i en pleiesituasjon, kan handlingen bli preget av lite gjennomtenkning og lite reflektert og gjennomtenkt fagrelatert forståelse.

Samlet sett kan en i lys av denne tenkningen forstå at sansningen har betydning for å *vekke til moralsk bevissthet* og å *vekke til meningsinnhold*, altså til å forstå omsorgsbehovet i situasjonen. I lys av Martinsens teori blir sansning, berørthet og sårbarhet sansefenomener i pleiesituasjonene som spiller en grunnleggende rolle for å fange opp appellen til omsorg. Sansningen blir viktig for hvordan en skal forstå situasjonen, hva den moralske appellen består i, hva som står på spill i situasjonene og dermed også for forståelsen av hvilke omsorgsbehov som foreligger. Sanseerfaringene har altså betydning for å *vekke appellen om omsorg* og ikke minst til å *skape den moralske varheten* som må være tilstede for å fange opp omsorgsbehovet.

Funnene bekreftes

Tidligere forskning kaster interessante lys over funnene i denne studien. Før jeg går inn i det, vil jeg ta et lite forbehold om at forskning som jeg refererer til er utført innenfor andre tankerammer enn (i hvert fall delvis) de jeg har i min studie. Likevel bidrar annen forskning dels til å understreke gyldigheten av mine funn, dels til å tilføre interessante innsikter. Sammenligninger av empirisk kunnskap må også forstås i lys av de kontekster undersøkelsene gjennomføres i. Både Beck og Eifried gransker fenomenet gjennom studenter som selv er aktører i omsorg, og som selv forteller om utøvelsen. Tilgangen til kunnskaper skjer gjennom studentenes ”briller”. Det betyr ikke nødvendigvis at ikke kunnskapen har gyldighet, men det kan bety at ”bildet” kan kompletteres ved å granske fenomenet i andre perspektiver. Det er for eksempel interessant hvis en skal forsøke å betrakte forholdene gjennom pasientens ”briller”. Pasienter som er mottagere av omsorg gir gjerne uttrykk for at ”god omsorg” for dem er at sykepleiere er teknisk dyktige, mens sykepleiere på sin side har en tendens til å vektlegge relasjonelle ferdigheter når de karakteriserer ”god omsorg”, som for eksempel ”å lytte” og ”å snakke med pasientene” (Kvåle 1999, Bassett 2002). Poenget mitt er å klargjøre at sammenligninger må reflekteres over. Med dette forbeholdet vil jeg gå videre å vise til

empirisk og teoretisk kunnskap som synes å gi støtte for å forstå sansning som noe som må arbeides aktivt med under utdanningen.

At sykepleiestudentene lar seg *berøre* i møte med pasienter som har omsorgsbehov, er forhold som langt på vei finner støtte i tilsvarende studier i sykepleierutdanning (Beck 1993, Wilkes, Wallis 1998, Kosowski 1995). At det å stå i omsorgssituasjoner kan innebære *sårbarhet* på ulike måter, er også resultater som bekreftes i tidligere forskning (Eifried 2003).

Omsorgstenkningen hos Martinsen målbærer i tillegg sårbarheten i omsorg. Denne måten å være nær på, sansningens åpenhet, kan være "fryktelig" (Martinsen 2000, s.19). I en mottaende og åpen holdning, kan den andres smerte og lidelse også "slå inn" i egen kropp og eget liv. Når den andre angår oss, angår i tillegg den andres smerte oss (Martinsen 2000).

Tidligere omsorgsforskning antyder at evner og disposisjoner til å være følsom og sensitiv, kan spoles. Evnen til å la seg berøre av den andres uttrykk og derigjennom kunne handle omsorgsfullt kan "skusles" bort, synes Rask-Eriksens undersøkelse å vise. Selv om hennes studie var knyttet til "omsorgshabitus" i et klasseperspektiv, fant hun at det foregår en dequalifisering av studentenes forutsetninger for omsorg ved at deres naturlige omsorgshabitus forringes gjennom studiet i sykepleie (Rask-Eriksen 1992). Riktig så dramatisk framstår ikke resultatene fra Ekeberghs studie der hun peker på at studentene utviste en "naturlig" omsorgsholdning, men manglet de bevisste refleksjonene som løfter omsorgen inn i profesjonell kyndighet (Ekebergh 2001). Dette kan forstås til hen at sansning, som en forutsetning for å forstå og å handle omsorgsfullt for pasientene, er noe som kan spoles, fortrenses eller skyves til side. I forlengelsen av denne innsikten betyr det at sansning er erfaringer som må kultiveres og bevisstgjøres.

Dersom sansning spiller en vesentlig rolle for det å utøve omsorg, og at det medfører riktighet at den kan skusles bort, er det vesentlig å få klart for seg hvordan sansningen kan dyrkes og utvikles med sikte på å få en bedre tilgang til refleksjonene rundt denne. Dermed glir diskusjonen over i det neste spørsmålet, om hvordan tilgang til sanseerfaringer er mulig.

Sosiokulturelt læringssyn

For å forstå læringsaspekter i funnene i denne studien, velger jeg nå ut noen sentrale aspekter fra det sosiokulturelle læringsperspektivet. Denne læringsforståelsen legger vekt på samspillet mellom *deltagelse og dialog i praksisfellesskapet*. I en slik læringsforståelse vil

det si at sanseerfaringene kan utvikles ved å veksle mellom det *å gjøre seg erfaringer* og det å snakke om og *å diskutere erfaringen*.

Empirien fra denne studien viser at studentene har rikelig med muligheter til deltagelse i avdelingenes arbeid. Med hjelp fra kontaktsykepleier får studentene støtte til å gjøre seg erfaringer med ”spennende” oppgaver. Det er gode muligheter til å diskutere oppgavenes gjennomføring og stille spørsmål om utøvelsen. Deltagelsen preges etter hvert av aktiviteter som søker å beherske kunnskaper og ferdigheter mer som isolerte oppgaver enn som relasjonelle tilganger til pasientsituasjonene. Studentenes læringsaktiviteter formes av erfaringer der flest mulig prosedyrer læres og skal ”sitte” i hendene.

Tendensen til oppgavesentrering bekreftes i andre studier

Tendensen til en oppgavesentrert læring bekreftes i tidligere studier. Johnsen (2003) finner at sykepleiestudenter lett styres i sin læring bl.a. ved hva de opplever som ”spennende” (Johnsen 2003). Også Jensen (2006) finner at sykepleiestudenter kan være opptatt av å gjøre ”sykepleieting” og finner at ”rene” pleieoppgaver framstår elementære (Jensen 2006).

Der tendenser i denne studien viser at oppgavefokus preger studentene også mot slutten av utdanningen, kan Bendz’ (1995) studie vise til hvordan studentenes orienteringer i deres arbeid skifter fra en konsentrasjon om sin egen utøvelse av ”sykepleieoppgaver” i begynnelsen av utdanningen, til å flytte over på, og å være mer opptatt av pasientenes behov og perspektivet var mer pasientsentrert senere i utdanningen (Bendz 1995). Wilkes og Wallis fant også at relasjonene til pasientene utviklet seg over tid (Wilkes, Wallis 1998).

Det kan være rimelig å tenke seg at det læringsfokuset som studentene har i sitt engasjement og sin deltagelse i praksis, kan være farget av samspillet og perspektivet som pleiefelleskapet har for sitt arbeid. Bjørk (1999) finner at sykepleierne var mer opptatt av å gjøre sitt arbeid og å få det unnagjort, enn de hadde oppmerksomhet på hva arbeidet ga av resultater for pasientene (Bjørk 1999). Kyrkjebø (2004) viser gjennom sykepleiestudenters oppfatninger at mens det snakkes om at pasientene skal være i sentrum, så opplever studentene at yrkesutøvelsen kjennetegnes av at pasientens perspektiv ikke er tydelig i det daglige arbeidet (Kyrkjebø 2004). Nolans (1998) studie viser at studentene til tider var skuffet, frustrert og sint over denne ”task-oriented and work-driven practice” (Nolan 1998).

Det å peke på et oppgaveorientert læringsfokus kan gi et inntrykk av at denne tendensen er uheldig. ”Gjøre målsorientering” er også tidligere diskutert i sykepleien, da som en beklagelig tendens (Valset 1991). I lys av den dobbelte betydningen i praktiske oppgaver (se kapittel 9, s.170) vil jeg snu problemstillingen og se på praktiske oppgaver både som innganger til å lære omsorgsferdigheter, men også som en faktisk del av det å utøve omsorg. Til hjelp tas Wengers begrep om praksisfellesskap i bruk.

Oppgaver som inngang til å lære å ta i bruk sansning

Wengers begrep om praksisfellesskap er interessant i denne sammenhengen fordi han nettopp legger så stor vekt på oppgavene. Ett av hovedpoengene hans går ut på at det er gjennom oppgavene at vi i praksisfellesskapet har vår felles tjeneste, rammer for denne, ressurser og perspektiver (Wenger 1998). Det er oppgavene som åpner opp og inviterer inn både til å *arbeide*, og til *meningsdannelse om arbeidet*. ”It (practice) exists because people are engaged in actions whose meanings they negotiate with one another” (Wenger 1998,s.73). Det er praksis, altså de aktiviteter og oppgaver som et fellesskap gjør sammen, som skaper mening og forståelse, både for selve oppgaven, men også for betydningen oppgaven har i fellesskapet. Et fokus på praksis ”... is not merely a functional perspectives on human activities (...) in the end, it is the meanings we produce that matter” (Wenger 1998,s.51). Det jeg henter ut som et vesentlig poeng, er hvordan meningsdannelsen foregår gjennom å forhandle mening. Det innebærer at mening må drøftes og diskuteres i fellesskapet. Det er altså i *samspeillet mellom arbeidet som en gjør sammen og i diskusjonene om arbeidet* at en lærer både å mestre utøvelsen, men også hva oppgaven og arbeidet betyr i og for fellesskapet. Fellesskapet blir innganger til å forstå betydningen av ”oppgaver” som noe utover selve det tekniske stykke arbeid.

Sanseerfaringer kan bevisstgjøres og omsorgsferdigheter læres ved aktivt å *delta i praktiske oppgaver* med og for pasientene, men også om *måter en snakker* om omsorgssituasjonene og hvordan en *forstår* disse. Säljö beskriver dialogen som en inngang til å lære. Å lære seg kunnskaper og ferdigheter har med begreper, innhold og mening å gjøre (Säljö 2001a). Wenger drar meningsdannelse litt videre og sier at vi *forhandler* mening ved å snakke om vår evne, individuelt og i fellesskap til å erfare vårt liv og vår verden som meningsfull. Det poengteres at *dialog* er en *forhandling* om *mening* og *betydning* (Wenger 1998). I lys av denne læringsforståelsen blir måten en snakker sammen om oppgavene på i pleiefellesskapet vesentlig.

Dialog som inngang til å lære å ta i bruk sansning

I kapittel 9 peker jeg på særtrekk ved studentenes deltagelse i dialogen. Jeg viser til hvordan samtaler med sykepleiere gjerne er konsentrert om den praktiske utøvelsen av oppgaver og problemer som må løses. Erfaringer med pasienter og det relasjonelle innholdet får ikke tilsvarende oppmerksomhet.

Det er rimelig å tenke seg at tematisering av sanseerfaringer fra pleiesituasjoner av flere grunner er vanskelig. For det første viser empirien hvordan arbeidsdagen i en avdeling ofte er travel og arbeidsmengden fyller tiden på vakt. Det gir lite rom til å tenke etter, legge merke til det en sanser i situasjonen eller reflektere over dette. Videre er det ofte krevende å stoppe opp for de inntrykkene som fanges opp i en pleiesituasjon. De kan være vanskelig å gripe, både fordi strømmen av hendelser i en hverdag inneholder mengder av opplevelser. Å skulle gripe tak i alle, vil være et umulig prosjekt. Dernest er sansning i sin karakter umiddelbar, spontan og på et førrefleksivt plan (Nortvedt, Grimen 2004). Det vil si at de oppleves som fornemmelser, før de er satt ord på. For å gripe disse på en håndterbar måte, må de fanges inn i tanken og begrepssettes, og kles i ord.

Så kan en undre seg over om verbalisering av sansning er den gode løsningen. Vil det å snakke om egne opplevelser være tilstrekkelig til å utvikle og vedvarende ha en omsorgsfull tilnærming til pasienter? Det er kanskje en forenkling av forholdet. En studie fra Finland kan tyde på at det i tillegg til å kunne sett ord på, også må ha denne formen for oppmerksomhet langt framme i bevisstheten og at det å ha systemer for dette kan være til hjelp. Kärkkäinen og Eriksson (2005) viser i sin intervensjonsstudie at *sykepleiedokumentasjon* som bygger på *omsorgsteori*, resulterer i at sykepleieren var *mer oppmerksomme* mot pasientens egne opplevelser, at de hadde en oppmerksomhet på *pasientens helseatferd* og på *pasientens læringsforberedhet*. Samtidig var sykepleiernes opptatthet av helsesvikt/helseressurser fortsatt mangelfull, målsettingen for pasienten var den samme hele tiden og betraktninger om pasientens ”specific others” manglet (Kärkkäinen, Eriksson 2005).

Sansning - krevende erfaringer

Analysene av studentenes møte med pasienter representerer sanseerfaringer som viser at disse kan være krevende å stå i. Det handler om å sanse pasientens uttrykk – og sine egne. Pasienter som oppfattes å være i behov av smertelindring, i behov av oppfølgende

informasjon, eller som oppfattes masete, utfordrer på hver sin måte og appellerer til konkret praktisk handling. Samtidig bidrar situasjonene som studentene står i til reaksjoner i studentene, for eksempel følelser av ikke å lykkes, å føle seg dum og teit, eller stolthet over å ha klart å ”maskere egen usikkerhet ganske bra”. Det sammensatte i sanseerfaringene rommer spørsmål som det ikke ligger til rette for ta opp sånn i forbifarten. Det daglige arbeidet går sin gang. Rapportene har et annet dialogisk preg. Disse kjennetegnes av å være monologiske med overleveringer av informasjoner og praktiske beskjeder. Språket knyttet til spørsmål av relasjonell karakter synes i mindre grad å være utviklet. Det kan illustreres gjennom eksempel der uttrykket ”pusle om’a” kan være et innholdsrikt og betydningsfullt uttrykk, men kun for de innvidde, der studentene er prisgitt sykepleiere for å bli innviet i forståelsen.

I studieoppgavene preges kommunikasjonen fra lærere av en utbredt etterlysning av det å reflektere inn teoretisk kunnskap for å belyse erfaringer og situasjoner som studentene skriver om. Å etterspørre forståelse av erfaringer i lys av teori, synes ikke alltid å virke fram noen videre innsikter. Bestrebelsene på å få studentene til å ”belyse” erfaringer med teori virker i hovedsak ikke ”opplysende”. Tvert imot viser materialet hvordan studentene kreativt finner strategier for å omgå kravet om teoretisk belegg. I stedet for å forstå erfaringer i lys av teoretisk kunnskap, finner studentene hendelser å skrive om som de vet ”at det finnes teori på”. Deres erfaringer blir nærmest kledd i teori, som et vedlegg eller som en ”applikasjon”. Her besvarer studentene studiekravene ved å finne fram til strategier slik at oppgavene kan godkjennes og studentene slipper å skrive dem om igjen. Erfaringene står tilbake mer eller mindre ”uberørt”.

Studenter som ikke har for vane å arbeide aktivt med egne erfaringsinntrykk fra situasjonene, og der sanseerfaringer heller ikke blir etterspurt, vil i mindre grad kunne gjøre seg bruk av slike erfaringer og spille disse inn i dialoger med sykepleiere eller lærere.

Å gi en større oppmerksomhet til sanseerfaringene og hvordan disse kan kaste lys over pasientenes situasjon er i lys av diskusjonen over, vesentlig. Martinsen peker imidlertid også på at sanseerfaringer må brukes i kombinasjon med andre kunnskapsformer.

Om å ta sanseerfaringene i bruk som kunnskap

Martinsen framholder nødvendigheten av å ta i bruk og kombinere ulike kunnskapsformer i faglige vurderinger og bygging av det faglige skjønn. Hun sier at ”ren sansning” på den ene siden gjør oss maktesløse og handlingslammet (Martinsen 2000, s.24). Opplevelser og følelsesmessige inntrykk kan bli så sterke at det setter oss helt ut av handling, om ikke inntrykkene blir gjort til gjenstand for refleksjoner og faglig bearbeiding. På den andre siden hevder Martinsen, at forståelse som frarøves sansningens fundament, blir ”ren registrering”. Å ”registrere” snakker Martinsen om som en ”kjølignende” form for distansert og analytisk tilnærming. I sykepleiesammenheng vil det kunne handle om medisinsk kunnskap om helsetilstand, etisk kunnskap om den gode løsning og sosial kunnskap om menneskers handle- og levemåte.

Som to forskjellige måter å ”se” på, er sansning og registrering hverandres motsetninger. Sansningen er nær og medfølende, registrering er distansert og analytisk. Den faglig dyktige sykepleier er den som kan forene begge disse måtene å ”se” på, registrering og sansning i en ”vennlig vekselvirkning” som munner ut i ”deltagende oppmerksomhet” (Martinsen 2000,s.21). I deltagende oppmerksomhet har sykepleieren både den nærheten til pasientene som gjør det mulig å ta deres perspektiv, å være følsom for pasientens behov, men også evne til en distansert og overveiende tilnærming som gjør det mulig å forholde seg profesjonelt og kunnskapsbasert til helsetilstanden og livssituasjonen som pasientene er i.

Oppsummering

I erfaringene som studentene gjør med pasientene, ser det ut som de mangler erfaring i å *ta sansningen aktivt i faglig bruk*. Konklusjonen i avhandlingen, etter å ha sett hovedfunnet i lys av tilgrunnliggende teoretiske premisser, er at sanseerfaringer har betydning for omsorgsferdigheter ved å vekke oppmerksomheten mot den moralske appellen i pleiesituasjonen og ved å farge forståelsen av pasientsituasjonen. Inntrykket og innsikten av sanseerfaringene er imidlertid spontan, umiddelbar, og slik er den ennå ikke kledd i tanker og ord. Sanseerfaringene har betydning for omsorgsferdigheter, men er vanskelig å reflektere over om de ikke kan uttrykkes i ord og dermed gjøres til gjenstand for gjennomtenkning og vurdering. Sanseerfaringene gjøres i pleiesituasjoner der studentene handler praktisk med og for pasientene. Det er i samspillet mellom handling, erfaring og i dialogen om denne erfaringen, at mening kan framforhandles og at læring av omsorgsferdigheter kan foregå. Her ligger det noen didaktiske utfordringer.

10.3 Didaktiske konsekvenser

Jeg skal i det følgende peke på og diskutere didaktiske konsekvenser av denne studien på to områder. For det første retter jeg oppmerksomheten mot *pedagogisk kompetanse*, både i forhold til veiledningskompetanse og hvordan man *snakker sammen om erfaringer*, og i forhold til analytisk kompetanse og hvordan man som lærere går inn i og *analyserer studentenes erfaringer*. Det andre området handler om innhold i sykepleierutdanningens *kliniske program*, og hvordan de *kliniske modulene ivaretar erfaringene*.

10.3.1 Pedagogisk kompetanse

Diskusjonen som ble ført i lys av omsorgs- og læringsteori peker på mangler og forbedringsmuligheter i dialogen og i måter vi *snakker om erfaringene*. Diskusjonen avdekket muligheter til å ta i bruk og *videreutvikle studentenes sansende måte å være på* i relasjoner til pasienten. Utfordringen kan være å få de ulike elementene i ”omsorgsferdigheter”, hvordan omsorg kommer til uttrykk som moral i relasjoner og i praktisk samhandling, hvordan disse kommer i spill med hverandre. Spørsmål som reises i kjølvannet av dette kan bli, hvordan kan en snakke om erfaringer for bedre å ta ut læringsutbytte fra disse?

Dialogen - å snakke om erfaring

Hvordan kan lærere, sykepleiere og studenter snakke om erfaringer? Er det mulig å kommunisere erfaringer på måter som øker evne til refleksjon og selvrefleksjon? På hvilke måter kan studentenes erfaringer arbeides med slik at studentene får utvikle evne til å gjenkjenne og sette ord på affekter, gryende fornemmelser og bearbeide disse for å utvikle evne til å ”lese” egen og den andres opplevelse og samværs måte?

Sansning gjør studentene følsomme for fornemmelser og intuisjoner og skaper årvåkenhet som samlet kan innebære emosjonelle inntrykk som ”treffer” som vanskelige følelser. Vanskelige følelser trenger å bearbeides. Sansning i møte med pasienter omfatter i tillegg en viktig årvåkenhet og inntrykksvarhet for pasienten av hvordan han eller hun har det. Der ser en for eksempel etter kardinaltegn eller spesielle framtreddende symptomer i forhold til helsesvikten, eller fanger opp signaler på pasientens opplevelse av sin egen livssituasjon. Det

handler om å være åpen for de umiddelbare inntrykkene og for alle aspekter ved den kliniske situasjonen, samtidig å kunne skille mellom egne følelser og forestillinger og å forstå den andres utspill og å være klar over hva det gjør med en selv.

Hvordan kan en for eksempel som lærer etterspørre studentenes sansede reaksjoner og hvordan kan disse diskuteres i lys av observasjoner fra pasientsituasjonene? Hvordan kan vi på den ene siden adressere følsomheten og varheten uten å falle i grøfter av føleri? På den andre siden; hvordan kan følelser og fornemmelser i situasjoner berike de medisinske og psykososiale observasjoner studentene gjør av pasientene, som til sammen kan gi innhold og en enda bedre forståelse av pasientens helse- og livssituasjon?

Spørsmålet er om en kan snakke med studentene om deres erfaringer på måter som gjør at de kan lære seg hva følelser og fornemmelser kan bidra til. Arbeid med følelser og fornemmelser kan handle om minst to forhold: Det ene kan handle om å bearbeide vanskelige følelser, enten de er oppstått i relasjoner til pasientene eller til andre i pleiefellesskapet. Det kan for eksempel handle om følelser av å kjenne seg ”dum og teit”, av å mislykkes med sine oppgaver, å kjenne seg truet på egne personlige grenser, kjenne på forlegenhet. Å stå i omsorgsrelasjoner til andre er sårbare situasjoner der det lett oppstår følelser som kan kjennes vanskelige. En viktig del av opplæring vil for studentene være å fornemme, erkjenne, sette ord på, og bearbeide, kanskje også sammen med andre. På denne måten kan en gjøre seg ferdige med følsomme relasjonelle forhold som tar oppmerksomhet og energi for annen aktivitet. Slik blir ikke vanskelige følelser liggende i veien for å gå inn i nye relasjoner og å beherske vare og følsomme situasjoner.

Det andre forholdet handler om å ”lytte” til følelsene og fornemmelsen budskap og medtolke egne emosjoner inn i den kontekstuelle situasjonsforståelsen. Selvrefleksjon handler nettopp om å ha tilgang til egne følelser og å kunne fortolke disse inn i den aktuelle situasjonen man står i. Et utdypende bidrag til å forstå refleksjon og selvrefleksjon kommer fra den norske psykologen Anne-Lise Løvlie Schibbye. Schibbye (2002) vurderer refleksjon som en unik menneskelig egenskap som gjør det mulig å forholde seg til seg selv. Enhver har mulighet til å være objekt for sin egen refleksjon, altså reflektere over egne følelser, handlinger og erfaringer. Schibbye fremhever hvor utfordrende det er for alle mennesker å arbeide for å få distanse til seg selv. Det innebærer å arbeide med, å kunne ha oversikt over opplevelser i eget selv og avgrense disse opplevelsene som tilhørende en selv. Foruten tilgang

til egne opplevelser og erfaringer vektlegger også Schibbye at selvrefleksjon innebærer selvavgrensning. Å se seg selv er også å se den andre, inkludert å se seg selv fra den andres perspektiv. Samtidig som det å skille ut sitt eget selv er å gi den andre mulighet til å skille ut dennes selv. Viktige aspekter ved selvrefleksjon er altså vår evne til å ha tanker om våre tanker, men også evnen til å "lese" den andres opplevelse og samværs måte. Det handler om å være klar over våre følelser og forestillinger, men også evnen til å fornemme og forstå andres emosjonelle utspill og være klar over hva disse gjør med oss (Schibbye 2002).

Det sykepleierutdanningen i rimelig grad synes å makte er å legge til rette for at studentene får stille spørsmål og diskutere om konkret praktisk utøvelse. Når det kommer til spørsmål av mer relasjonell karakter, kommer den vanlige problemløsningstilnærmingen til kort. Å ta opp relasjonelle forhold, ta vare på de sansede uttrykk og å la disse knyttes opp til aktuelle situasjoner og kontekster, for så å komme fram til et prinsipiell læringsgevinst viser seg være vanskeligere å få til. Det å tematisere prosesser i eget liv i skjæringspunktet med den andre, er forhold som i materialet ikke er spesielt framtrædende. Det å ha tanker om egne tanker, være klar over følelser og forestillinger, og ha tilgang til prosesser i eget selv er kanskje ikke så lett å gi oppmerksomhet på travle vakter eller i praksisark som primært etterlyser teoretisk bearbeiding av erfaringer? Det handler om gi studentene redskaper til å gripe affekter, sansninger, stemninger, gryende sensasjoner og umiddelbare sensoriske inntrykk. Spørsmålet er hvordan studentene kan lære fleksibel adgang til egne opplevelser og erfaringer.

Olsen og Finstad (2003) har gjort studier av kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie og gir verdifulle bidrag i denne sammenhengen. De viser til hvordan en kan gripe tak i erfaringene ved å snakke og diskutere disse *i relasjon til situasjonen* og konteksten. Det å sette handlingene inn i bestemte fagperspektiv *uavhengig* av konteksten, bidrar ikke til innsikt i de utførte handlingene. En handling er alltid knyttet til situasjonen og en bestemt kontekst. En utvikler derfor ikke kunnskap og forståelse ved å belyse handlingene gjennom forklaringer ved hjelp av teorier og begreper utenfor personens erfaringer og handlinger (Olsen, Finstad 2003).

Sett under ett gir diskusjonen ovenfor en forståelse av at det å snakke om erfaringer i læringsøymed, både handler om tilgang til seg selv, å sette ord på egne reaksjoner og se disse i lys av andre aktører i situasjonene i et kontekstuellt perspektiv.

Analysen - å utvikle analytisk kompetanse

Et naturlig spørsmål i kjølvannet av diskusjonen ovenfor er hvordan lærere og studenter analyserer erfaringene. Hva er de interessante og fruktbare analysene av erfaringer? I utgangspunktet hviler det pedagogiske ansvaret på læreren. Det krever lærere som er villige til å *gå inn i situasjonene* for å gripe tak i hendelser, handlinger og relasjoner. Hva kan det være å ”gå inn i situasjonene”? Det kan handle om helt konkret å være med studentene i deres erfaringer, å ha ”stelledager” eller ”følgedager”. Da er en fysisk med inn til pasientene og gjør seg felles erfaringer med studentene, for å ha et felles utgangspunkt når en skal diskutere og forstå situasjonen.

Det er usikkert om man trenger å ha felles erfaringer. Bjørk (2003) skriver om å ”vende tilbake til erfaringen”, som en gjør i samtaleform der studentens fortelling er utgangspunktet. Det er en re-flektering, en tilbakespeiling på hendelse og handling i situasjonen. Men hva skal en gripe tak i? Hvilke analyser er det som kan bidra til å videreutvikle studentenes omsorgserfaringer? Hvilke spørsmål er interessante å stille til erfaringer? Hvordan spørsmål stilles og dialog kan foregå mellom lærer og sykepleierstudent er belyst i en hovedfagsoppgave. Tennø har gjort en undersøkelse av undervisningsmetoder i sykepleierutdanningen som viste til at lærernes tilbaketrukne rolle, hvor mange spørsmål ble stilt og få svar avgitt, ofte resulterte i at studentene ble frustrerte og usikre. Kanskje kan ”spør-mange spørsmål-metoden” trene til refleksjon, til undringer og til selv å tenke gjennom saksforholdene. Men lærerens intensjon om å trene studentene til kritisk tenkning kan også mistolkes av studentene til å tro at læreren ikke gidder å hjelpe eller mangler vilje til å besvare spørsmål (Tennø 1996).

Tennø’s undersøkelse kan forstås inn i en tankerekke der fokuset handler om hvorvidt en stiller spørsmål som læreren kjenner svaret på. Eller om en stiller spørsmål fordi en *sammen med studentene* undrer seg og utforsker den *aktuelle situasjonen* som studentene står i. Det å undre seg videre med utgangspunkt i en situasjon er noe annet enn å stille spørsmål som en i utgangspunktet vet noe om, for eksempel fra teorien. Undringsmetoder som reiser spørsmål og som etterspør studentens egne vurderinger og kunnskap kan lett skape ubehag og usikkerhet om faget for studentene. Det interessante i denne sammenhengen blir hvordan dialogen skjer mellom student og lærer. Bruker læreren undringsmetoden eller forklaringsmetoden? Brukes læreren som ”fasit”? Er den ene metoden ”riktigere” enn den andre?

Spørsmål som stilles med utgangspunkt i studentenes opplevelser kan bidra til å øke interessen for relasjoner, mening og betydning av selve situasjonen. Det å etterspørre pasientenes helsesituasjon, spille inn egne kunnskaper som er helserelaterte, reise nye spørsmål, slik at studentene kanskje må tilbake til aktuelle pasienter for å utforske kunnskapen videre, kan bidra til å øke fokus og oppmerksomhet på erfaringene. Kanskje gir slike veiledningstilnærminger også viktige innspill til sykepleiere i praksis, som kan motivere dem til å snakke om det som er deres spesialfelt, nemlig det å inngå i relasjoner med pasienter? Kanskje noen av studentenes spørsmål i forbindelse med opplevelser kan besvares av sykepleiere som er kjent i avdelingen? Andre spørsmål kan kanskje bedre besvares av lege som den medisinske ekspert. Slik kan kunnskapen komme i spill og i dialogisk bevegelse også i helseteamet i avdelingen.

Til dette krever analytisk evne, først og fremst blant lærerkorpset som bærer det største pedagogiske ansvaret. For å kunne dra læringsmessig utbytte av egne erfaringer må spørsmål som stilles bidra til å gi nye innsikter, til opplevelser av at "dette har jeg ikke tenkt på før". Tilbakemeldinger på praksisark som i stor grad forholder seg generelt til studentenes fortellinger, synes ikke å belyse det som står på spill i den aktuelle situasjonen. Utfordringene kan være aktivt å gå inn i pasientens situasjon og stille spørsmål som for eksempel: Hva kan være bakgrunnen for hans situasjon? Hvordan forstår fellesskapet ham? Kan det være andre måter å forstå ham på? Hva kan være vippeposisjoner eller hva kan stå på spill i denne pasientsituasjonen? Jeg ser for meg at læreres oppgave nettopp må være å hjelpe studentene til å se vippeposisjoner og å bli bevisst det som måtte stå på spill i situasjonene.

Sykepleierutdanningen har tradisjon for å være praksisorientert. I senere år har det vært et stort kvalifiseringspress på lærere, først om å skaffe seg lektorkompetanse, så kompetanse på førstenivå (Heggen 2004). Kompetanseutviklingen går i vitenskapelig retning. I tillegg skjerpes trenden om akademisering gjennom NOKUT's kvalitetskontroll, som gjennomføres for tiden. Kritikken peker på for svakt forskningsfundament i sykepleierutdanningen (kapittel 1, s. 4). Tradisjonelt har vitenskap stått for generaliseringer og teoretiseringer. Jeg er bekymret for en teoretisk slagside for faget i en utdanning til et så vidt praktisk yrke som sykepleie er. Jeg vil anbefale en motkulturell vri. Bevegelsen over mot academia kan være ønskelig dersom en tar i bruk det akademiske håndtverket til systematisk forvaltning av kunnskap relatert til det praktiske yrket, for eksempel til granskning og analyse av studentenes erfaringer fra praksis. Metodisk utforskende tilnærming fra lærerens side kan bidra til å

utvikle studentenes analytiske egenskaper og bidra til at de forholder seg undrende og granskende til egne relasjonelle ferdigheter i møte med pasientene.

Før jeg avslutter denne diskusjonen, skal jeg peke på forbedringsmuligheter som en kan tenke seg. Fokus er den kliniske delen av utdanningens opplæringsprogram.

10.3.2 Fagplanens beskrivelse av kliniske studier

Det siste området jeg skal omtale i denne didaktiske diskusjonen er det kliniske opplæringsprogrammet. Spørsmålet er i hvilken grad studentenes erfaringer adresseres når utdanningens kliniske moduler skal utarbeides. På hvilke måter bidrar utdanningsprogrammet til å sette studentene i stand til å *ta i bruk erfaringer* som gjør det mulig for dem å trekke lærdom av disse, for så å ta lærdommen i bruk i nye sammenhenger? Hvordan ivaretar sykepleierutdanningens kliniske moduler aspektene av *sansning* og *registrering* i en praktisk opplæring? Hvilke typer redskap eller didaktiske metoder kan bidra til at studentene får satt erfaringene i spill?

De redskap som brukes pr i dag er av ulike slag, for eksempel målsettinger, veiledningssamtaler, refleksjonsnotat og evalueringssamtaler. Denne studien gir ikke grunnlag for å kunne si noe om verktøy brukt i utdanningen. Derimot gir datamaterialet grunn til å slutte at sykepleiestudentene i liten grad makter å forholde seg aktivt vurderende og granskende til egne erfaringer. Hvilke redskap og studiemetoder kan være egnet til å gjøre studentenes erfaringer synlige? Kanskje et første steg kan være å utvikle ulike former for studiemetoder der studentene får gitt erfaringen oppmerksomhet, for eksempel videreutvikle praksisark, refleksjonsnotat, fortellinger, mønstereksempler osv som på ulike måter kan gi erfaringen rom.

I neste omgang er det interessant å se nærmere på hvordan erfaringene benyttes, hvordan de brukes i dialogen, på hvilke måter studentenes erfaringer kreditteres. I denne avhandlingen har jeg bl.a. vist til hvordan erfaringer kan oversees ved å søke relevante teorier som grunnlag for å studere og å forstå hendelser og erfaringer. Den motsatte tilnærmingen kan også representere en "utarting". Det ligger en fare i å fortelle hverandre dyptgripende fortellinger for så å fortape seg i følelsene og situasjonens inntrykk. Denne studien synes å vise at det er *sansningen* som er underutnyttet i opplæringen. Spørsmålet er på hvilke måter utdanningen

kan bidra til at studentene får utviklet og dyrket fram ferdigheter i å være åpen, følsom og sansende. Flere timer ”omsorg” som tema på timeplanen er neppe veien å gå.

Heggen uroer seg over at emosjonelle og tidsriktige begreper som empati og innlevelse lett ”glir inn” som gyldige, men samtidig virker fram en ”varmebølge” i faget. Hun undrer seg over om omsorgstenkningen i faget har gitt sine bidrag og vært ”veiviser til romantisert praksis”. Det er ikke nødvendigvis slik at man automatisk gjør det beste for pasienten, selv om man viser til innlevelse i den sykes situasjon (Heggen 2000). Framfor å tematisere omsorg i generelle termer, er utfordringen, slik jeg fortolker Martinsen (1990), at utdanningen legger til rette for at utøvere kan arbeide med å bli klar over og bevisst på tvetydige forståelser av situasjoner en står oppe i. Å handle omsorgsfullt innebærer også å sanse ”vippeposisjonene” og å balansere i spenningen mellom sansning og forståelse, mellom personlig nærhet og analytisk distanse. Utfordringen er å finne didaktiske metoder for det Martinsen oppfordrer til, nemlig å balansere og å øve opp den deltagende oppmerksomhet av pasienten ved å sanse pasientens uttrykk og å fortolke disse i rammer av fagkunnskap (Martinsen 1990).

Didaktiske verktøy i sykepleierutdanningen der studentene kan skrive, snakke og reflektere rundt erfaringene finner vi både i ulike studieoppgaver som har karakter av refleksjonsnotat, og i ulike former for veiledningssamtaler. Det som i mindre grad er utviklet er *innholdet* i dialogene og hvordan ulike redskap kan bearbeide erfaringene kontekstuellt i en dialogisk tilnærming. Det er behov for en didaktisk praksis som gjør det mulig for den enkelte student *individuell* å inkorporere en kritisk reflekterende og selvkritisk tilnærming til egne erfaringer. Det kan også være behov for å lære seg *bruk av mentorer*. Hvordan kan en lære seg å løfte fram problemstillinger og sammen drøfte og diskutere egne erfaringer kritisk i faglige dialoger? I den sjenerøse og inviterende holdningen som pleiefellesskapet viser, ligger det godt til rette for å lage studieoppgaver der studentene reiser relasjonelle problemstillinger og drøfter og utvikler innsikter i disse, i relasjon til en praksisveileder. Det kan tenkes at en praksisveileder representerer et ”innenfra” perspektiv på problemer og utfordringer som studenter møter. En annen måte å bruke mentor på, kan være å knytte veiledningskontakt med eksperter i et ”utenfor”-perspektiv, kanskje også på et annet faglig nivå, for eksempel å utnytte masterstudenters kompetanse, noe som kan bidra til å ”løfte” studentenes perspektiv på egen utdanning.

10.4 Etterord

Som en avslutning på diskusjonen vil jeg presentere noen refleksjoner som diskusjonen har skapt i meg. Det slår meg at utdanningsmyndigheter som legger pedagogiske rammer for utdanningen kanskje sitter fast i ”gammeldags” pedagogisk tenkning? Ett forhold handler om de ytre rammer som Rammeplanen legger som føringer for utdanningen. Denne legger bl.a. til grunn en rigid ramme som grunnlag for å forstå sykepleieerfaringer i en utdanningssammenheng. Det kan synes som en underliggende tanke at studenters erfaringer i det kliniske felt, forstås som flest mulig ulike erfaringer i et breddeperspektiv. Det settes rammer for minimum antall uker studentene skal tilbringe på ulike virksomhetsområder. Slike bestemmelser kan gi begrensninger i forhold til kontinuitet og å arbeide systematisk og i dybden med de ulike erfaringene studentene gjør seg. Rammeplanen synes å legge seg på samme linje, som jeg også finner i denne studien, i poenget; flest mulig prosedyrer (Utdannings- og forskningsdepartementet 2004).

Det andre forholdet handler om indre rammer og her drister jeg meg til å rette et kritisk innspill til utdanningens ledere. På hvilke måter legges fagdidaktiske føringer for fagplaner i utdanningen? Dekaner og undervisningsledere bærer et stort ansvar i det å aktivt følge med i nasjonal og internasjonal faglig og didaktisk utvikling og la impulser fra overordnede diskurser få innvirkning på lokale utdanningsprogram. Hvilket rom har faglig ledelse til aktivt å bidra til utvikling av kliniske moduler i studieplanen? Kanskje er det på tide å rette oppmerksomhet på faglig ledelse og deres reelle muligheter til å lede den faglige utdanningen.

Det tredje poenget er spørsmålet: Hvilket rom har lærerkollegiet til å utvikle analytiske egenskaper og forholde seg analytisk og utforskende til egne erfaringer? Det ligger utfordringer i et læringsmiljø til aktivt å utforske og å forholde seg undrende til egne og sykepleiestudenters erfaringer. Det slår meg at utdanningsmyndigheter, så vel sentralt som lokalt, kanskje er i behov av å gjøre noen oppfriskninger i pedagogisk tenkning og pedagogisk ledelse.

Noen forbehold

Forskningsarbeidet kan kritiseres på flere måter. På den ene siden har jeg gjennomført en forskning av enkeltstudenter og deres læringsprosesser, i et læringssyn der læring i fellesskap og samspill er hovedfokus. Dersom jeg hadde flyttet blikket og fokus for

forskningsinteressen mer over på samspillet, der pleiefellesskap, lærersamspill, og samspill mellom medstudenter hadde vært forsterket, ville jeg sannsynligvis ha sett noe mer i samspillet eller noe annet i samhandlingen mellom de ulike aktørene i læringsfellesskapet.

Videre har valg av forskningsfelt, læringsarenaer der praktisk opplæring foregår, bidratt til å sette bestemte deler av utdanningen under kritisk granskning. Praksisfeltet har vært gjenstand for det kritiske søkelyset, kanskje på bekostning av hele utdanningen. Dersom forskningen i større grad hadde kastet lys over samspillet mellom studenter og lærere, ville det gitt andre innsikter, enn de som er i denne avhandlingen.

Denne studien synes å vise en tendens i utdanningen til i mindre grad å kreditere studenter erfaringer, og å la en annen type kunnskap bli mer toneangivende og overordnet fortolkninger av praksis. Det må det ikke tas til inntekt for en undervurdering av teoretisk kunnskap. Det er ikke grunnlag for å hevde at teori ikke er viktig i utdanningen. Derimot er det en henstilling til mer kritisk å bedømme hvordan teorien spiller sin rolle og hvordan forklaringskraft kan finnes i teorier som brukes.

Så vil jeg si noe om gyldigheten av resultatene, og hvem disse eventuelt er gyldige for. Denne studien er en kvalitativ studie og resultatene gir seg ikke ut for å si noe generelt om hvordan tilstanden er i norsk sykepleierutdanning. Jeg har gransket noen få studenter og deres læringsprosesser i sykepleierutdanningen. Analysene gir ikke grunnlag for å beskrive forholdene generelt i sykepleierutdanningen. Hensikten med studien er å peke på spørsmål og problematisere didaktisk praksis i utdanningen rent analytisk. Resultatene gir et grunnlag for å arbeide mot en klarere og mer bevisst didaktikk, der studentenes egne erfaringer i større grad brukes som kilder til nye innsikter og utvikling av eget faglige skjønn og profesjonell omsorgsutøvelse. Det vil være faglige perspektiver og diskusjoner i denne avhandlingen som kan brukes generelt i fagpedagogiske- og fagdidaktiske diskusjoner om hvordan utdanning i sykepleie kan forbedres i Norge.

10.5 Videre forskning

I denne studien har sykepleiestudenters læring av omsorgsferdigheter vært fokus for granskning og utforskning. Resultatene har gitt innsikter i læringspotensialet som ligger i det å ”grave” der en står og utforske erfaringer i pasientsituasjonene. Det foreligger lite

systematisert kunnskap om betydning av de praktiske erfaringer i en sykepleievirksomhet og på hvilke måter de inngår i det å utforske erfaringsnære kunnskaper. Studiens resultater kan derfor være springbrett til videre forskning og nye spørsmål så vel tematisk, didaktisk som forskningsmetodisk.

Mye spennende forskning kan videre knyttes til temaer om erfaringenes betydning for det å lære praktisk sykepleie. Ett interessant område er erfaringsspråket. Hvilket språk og hvilke ord har vi i sykepleiefaget for å tematisere pasienters omsorgsbehov. På hvilke måter innvirker språket på vår forståelse av pasientens situasjon? Tematisk vil også samspillet mellom studenter og deres deltagelse i praksisfellesskapet, og hvilken betydning erfaringer i livet har for måter å utvikle personlige kunnskaper i pleiefellesskapet, være sentrale spørsmål.

Didaktiske utforskninger framstår også som et behov i kjølvannet av denne studien. Det er behov for å utvikle redskaper som kan utfordre dialogene og bidra til å utvikle evner og ferdigheter i det å innta utforskende og kritisk granskning av egen rolle og egen utøvelse i pasientsituasjoner. Det er behov for å satse didaktiske granskninger, der en forstår bedre hvordan læring foregår når analytiske og reflekterende ferdigheter skal utvikles.

Forskningsmetodisk etterlater også denne studien noen utfordringer. I dette arbeidet har studenters deltagelse i kliniske studier vært analyseenheten. I framtidig forskning er det behov for å utvide forskningsperspektivet og studere enda nærmere *samspillet* som læring skjer innenfor. I et utvidet perspektiv kan forskningsfokuset rettes mot samspillet mellom studenter, lærere og pleiefellesskap, for derved bedre å forstå hvordan læring i omsorgsutøvelse foregår.

REFERANSELISTE

- Abrahamsen, B. (1997) *Kvinner i omsorgsyrker : en generasjonsstudie av hjemmehjelpere, hjelpepleiere og sykepleiere*. (Rapport 97:6). Oslo : Institutt for samfunnsforskning
- Abrahamsen, B. (2005). *Deltid rekrutterer til pleieyrkene*. (SPS-kronikk, nr.2). Oslo : Senter for Profesjonsstudier, Høgskolen
- Adamsen, L. m.fl.: (2003) Danish research-active clinical nurses overcome barriers in research utilization. *Scandinavian Journal of Nursing Science* 17; 57-65
- Alver, B.G., Ø. Øyen (1997) *Forskningsetikk i forskerhverdag : vurderinger og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug
- Alvesson, M., K. Sköldbberg (1994) *Tolkning och reflektion : vetenskapsfilosofi och kvalitativ metode*. Lund : Studentlitteratur
- Askildsen, J.E., Holmås, T.H.: (2001) "Arbeidsmarkedet for helsepersonell I Norge: Hvor blir det av sykepleierne?" I: Askildsen, J.E., Haug,K.(red.) *Helse, økonomi og politikk. Utfordringer for det norske helsevesenet*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag
- Attree, M. (2001) "Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'good' and 'not so good' quality care." *Journal of Advanced Nursing*. 33(4): 456-66
- Bassett, C. (2002) "Nurses' perceptions of care and caring". *International Journal of Nursing Practitce*. 8(1): 8-15
- Beck, C. (1991) "How students perceive faculty caring : a phenomenological study." *Nurse Educator*. 16(5): 18-22
- Beck, C. (1992) "Caring among nursing students." *Nurse Educator*. 17(6): 22-27
- Beck, C. (1993) "Caring relationships between nursing students and their patients." *Nurse Educator*. 18(5): 28-32
- Beck, C. (1996) "Nursing students' experiences caring for cognitively impaired elderly people." *Journal of Advanced Nursing*. 23(5): 992-998
- Beck, C. (2001) "Caring within nursing education : A metasynthesis." *Journal of Nursing Education*. 40(3): 101-109
- Befring, A.K., Ohnstad, B. (2001) *Helsepersonelloven: med kommentarer*. Bergen: Fagbokforlaget
- Bendz, M. (1995) *Kunskap i praktikk : hur sjuksköterskestuderande uppfattar kliniska vårdssituationer och sitt eget handlande i dem samt hur deras uppfattningar förändras under och efter utbildningen*. (Doktoravhandling). Lund : Universitet

- Bengtsson, J. (1999) *Med livsvärlden som grund : bidrag till utvecklandet av en livsvärldsfenomenologisk ansats i pedagogisk forskning*. Lund : Studentlitteratur
- Bengtsson, J. (red.) (2006) *Å forske i sykdoms- og pleierfaringar. Livsverdensfenomenologiske bidrag*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Benner, P., J. Wrubel (1989) *The primacy of caring : stress and coping in health and illness*. Menlo Park, California : Addison-Wesley
- Bergmann, L. (1990) "Faculty and student perceptions of effective clinical teachers : an extension study." *Journal of Professional Nursing*. 6(1): 33-44
- Bevis, E.O., J. Watson (1989) *Toward a caring curriculum : A new pedagogy for nursing*. New York : National League for Nursing.
- Bjoero, K. et al. (2004) "A strategy for establishing hospital based nursing research in Norway." *Vård I Norden* 71(24),42-44
- Bjork, I.T. (1999) *Hands-on nursing : new graduates' practical skill development in the clinical setting*. (Doktoravhandling). Oslo: Universitetet
- Bjork, I.T. (2003) "Å lære praktiske ferdigheter i sykepleie." I: Bjork, I.T., Bjerknes, M.S.: *Å lære i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christiansen, B. (1996) *Hvorfor satse på kontaktsykepleieren? En evalueringsstudie med kontaktsykepleiere ved Aker Sykehus*. HiO-notat, nr. 6
- Christiansen, B. (2003) *Sykepleieryrket – i spenningsfeltet mellom rolle og person: en analyse av fire sykepleiestudenters læringsløp*. (Doktoravhandling). Oslo : Universitetet
- Christiansen, B., K. Heggen, B. Karseth (2004) *Klinikk og akademia : reformer, rammer og roller i sykepleierutdanningen*. Oslo : Universitetsforlaget
- Clifford, C. (1996) "Nurse teacher's clinical work : a survey report." *Journal of Advanced Nursing*. 23(3): 603-611
- Diekelmann, N. (1990) "Nursing education : caring, dialogue, and practice." *Journal of Nursing Education*. 29(7): 300-305
- Dysthe, O. (2001) "Om sammenhengen mellom dialog, samspel og læring." I: Dysthe, O.(red.): *Dialog, samspel og læring*. Oslo: Abstrakt Forlag
- Eide, S.B.(m.fl.)(2003) *Fordi vi er mennesker : en bok om samarbeidets etikk*. Bergen : Fagbokforlaget
- Eifried, S. (2003) "Bearing witness to suffering : the lived experience of nursing students." *Journal of Nursing Education*. 42(2): 59-67
- Ekebergh, M. (2001) *Tilläggnandet av vårdvetenskaplig kunskap : reflexionens betydelse för lärandet*. (Doktoravhandling) Åbo : Åbo Akademis förlag

- Erichsen, V. (1996) Reformere i helsetjenesten: "Profesjonsstatens" sammenbrudd? I: Lian, O.S.: (red.) *Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys*. Oslo: Tano Aschehoug
- Eriksson, K. (1996) "Efterskrift - om vårdvetenskapens möjligheter och gränser." I: Martinsen, K. *Fenomenologi og omsorg : tre dialoger*. Oslo : Tano Aschehoug
- Fagplan for 3-årig sykepleierutdanning. Studieåret 1999-2000. Avdeling for Helsefag. August 1999
- Fagermoen, M.S. (1993) *Sykepleie i teori og praksis - et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo : Universitetsforlaget
- Fagermoen, M.S. (1996) "Tanker om sykepleierutdanning." I: Bjerkreim, T.(m.fl.)(red.): *Visjon, viten og virke : festskrift til sykepleieren Kjellaug Lerheim, 70 år*. Oslo : Universitetsforlaget
- Fagermoen, M.S. (2005). "Kvalitative studier og kvalitetskriterier." *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 7(2): 40-54
- Fangen, K. (2004) *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget
- Fløistad, G. (1993) *Heidegger : en innføring*. Oslo : Pax Forlag
- Fog, J. (2004) *Med samtalen som utgangspunkt : det kvalitative forskningsintervju.2.utg.* København : Akademisk Forlag A/S
- Forrest, S., N. Brown, L. Pollock (1996) "The clinical role of the nurse teacher : an exploratory study of the nurse teacher's present and ideal role in the clinical area." *Journal of Advanced Nursing*. 24(6): 1257-1264
- Foss, C., Ellefsen, B. (2004) "De utydelige overtramp? Etske utfordringar ved kvalitative studier." *Vård i Norden*. Vol 24, no. 3, pp 48-51
- Fossåskaret, E., O.L. Fuglestad, T.H. Aase(red.)(1997) *Metodisk feltarbeid : produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo : Universitetsforlaget
- Fuglestad, O.L. (1997) "Skriveprosessen i kvalitativ forskning." I: Fossåskaret, E. m.fl.(red.) *Metodisk feltarbeid : produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo : Universitetsforlaget
- Grams, K.M., M.M. Kosowski, C.B.Wilson (1997) "Creating a caring community in nursing education." *Nurse Educator*. 22(3): 10-16
- Granum, V, D. Nåden, K. H.Aasen (1991) "*De var ikke der*" : en analyse og drøfting av sykepleierstudentenes undervisningssituasjon i to sykehjemsavdelinger. Oslo: Betanien Sykepleierhøgskole
- Greenwood, J. (1993) "The apparent desensitization of student nurses during their professional socialization: a cognitive perspectiv." *Journal of Advanced Nursing*. 18(9): 1471-9

Grimsmo, A, Sørensen, B.Aa. (2004) *Null-punkt-undersøkelsen i sykehus. Arbeidsforskningsinstituttet* (Notat 8.) Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet

Guba, E.G., Lincoln, Y.S. (2005) "Paradigmatic Controversies, contradictions, and emerging confluences." In: Denzin, N.K., Y. Lincoln (ed.) *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications. Third Edition

Halldorsdottir, S, E. Hamrin (1997) "Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective." *Cancer Nursing*. 20(2): 120-128

Hammersley, M., P. Atkinson (1996) *Feltmetodikk 2.utg.* Oslo : Ad Notam Gyldendal

Hamran, T. (1991) *Pleiekulturen : en utfordring til den teknologiske tenkemåten.* Oslo: Gyldendal

Hauge, K.W. (1999) "God praksislæring avhenger av en god kontaktsykepleier." *Sykepleien* 5,53-56

Havn,V., C. Vedi (1997) *På dypt vann - om nyutdannede sykepleieres kompetanse i møte med en somatisk sengepost.* (SINTEF Rapport) Trondheim : SINTEF

Heggen K. (1993) *Sykehuset som «klasserom» : - om vilkår for og virkning av sykepleierstudenter utdanning i sykehus.* (Doktoravhandling) Oslo : Universitetet

Heggen, K., T. I. Fjell (1998) "Etnografi." I: Lorensen, M.: *Spørsmålet bestemmer metoden.* Oslo : Universitetsforlaget

Heggen, K. (2000) "Romatisering av sykepleiefaget." *Sykepleien*. 88(1): 48-50

Heggen, K. (2004) "Lærerarbeid og dobbel profesjonalitet." I: Christiansen, B., K. Heggen, B. Karseth: *Klinikk og akademia : reformer, rammer og roller i sykepleierutdanningen.* Oslo : Universitetsforlaget

Heggen, K. (2006) "Sykdom mellom prerefleksiv erfaring og diagnose." I: Bengtsson, J.: *Å forske i sykdom- og pleieerfaringer : livsverdensfenomenologiske bidrag.* Kristiansand: Høgskoleforlaget

Heidegger, M. (1981) *Varat och tiden. Del I.* (Svensk oversettelse av originaltittel: Sein und Zeit.) Lund : Doxa Press

Heidegger, M.(1999) "To paragraffer fra *Sein und Zeit*. §31. Til-væren som forståelse." I: Gulldal, J., M. Møller (red.): *Hermeneutikk : en antologi om forståelse.* København : Gyldendal

Helsedepartementet (2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.* (St.meld.25 (2005-2006)). Oslo: Departementet

Husserl, E. (1976) *Ideas : general introduction to Pure Phenomenology.* London : George Allen & Unwin Ltd.

Ironside, P., Diekelmann, N., Hirschmann, M. (2005) "Students' voices : listening to their experiences in practice education". *Journal of Nursing Education*. 44(2): 49-52

Jensen, K. (1999) "Mellom tradisjon og fornyelse – Introduksjon til den norske utgaven." I: Nielsen, S., S. Kvale (red.) *Mesterlære : læring som sosial praksis*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Jensen, K., B. Tveit, B. Fossestøl, B. Karseth (2002) "Nye motivasjons- og meningsformer blant sykepleiestudenter." I: Johannessen, K. I., U. Schmidt (red.): *Verdier - flerfaglige perspektiver*. Trondheim : Tapir Akademiske forlag

Jensen, K. T. (2006) *Å være student i en feltbasert utdanning. En analyse av studenters fellesskap, som kontekst for læring og identitetsdannelse*. Det utdanningsvitenskapelige fakultet. Universitetet i Oslo. Doktoravhandling 2006

Johannessen A., Tufte, P.A., Kristoffersen L. (2006) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 3. utg. Oslo: Abstrakt Forlag

Johnsen, K.Ø., Aasgaard, H.S. (1999) "Hvilken kompetanse bør læreren ha i sykepleierutdanningen? En pilotstudie av norske studenters vurdering av den ideelle lærer." *Vård i Norden* 1999;19(2):26-30

Johnsen M.H. (2003) *Undervisning og læring i praktik*. (Doktoravhandling) København : Universitet / Forlaget PUC, Viborg-Seminarier

Jorfeldt, I. (2004) *Att utbilda sig till sjuksköteska – ett genusperspektiv på lärares och studenters beskrivningar av utbildningen*. Lärarhögskolan Stocholm. Dr.gradsavhandling

Kalleberg, R. (1996) "Feltmetodikk, forskningsopplegg og vitenskapsteori." Forord I: Hammersley, M, P. Atkinson *Feltmetodikk*. 2.utg. Oslo : Ad Notam Gyldendal

Karlson, B. (2006) ""Jeg tror det var måten hun snakket til meg på" – erfaringsbasert pasientkunnskap fra en akuttpsykiatrisk post." *Klinisk Sygepleje*. (1): 4-12

Kärkkäinen, O., Eriksson, K. (2005) "Recording the content of the caring process." *Journal of Nursing Management*. 13, 202-208

Kirke- og undervisningsdepartementet (1977) *Om organiseringen av den fremtidige utdanningen av sosial- og helsepersonell*. (St.meld.nr.13 (1975-76)) Oslo: Departementet

Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet (1991) *Fra visjon til virke : om høgre utdanning*. (St.meld.nr.40 1990-91)). Oslo: Departementet

Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet (1987) *Rammeplan for 3-årig grunnutdanning i sykepleie av 31/8, 1987, med revisjon 17/7, 1992*. Oslo : departementet

Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (1992) *Revisjon av rammeplan for 3-årig sykepleierutdanning*. Oslo : Departementet

Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (1995) *Lov om universiteter og høyskoler : lov av 12. mai 1995*. Oslo : Departementet

Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet (2001) *Gjør din plikt – Krev din rett. Kvalitetsformen av høyere utdanning*. (St.meld.nr.27 (2000-2001)) Oslo: Departementet

Kirkevold, M, (1993) Innledning. I: Kirkevold, M, F. Nortvedt, H. Alvsvåg (red.) (1993) *Klokskap og kyndighet : Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie*. Oslo: Ad notam Gyldendal

Kosowski, M.M.R. (1995) "Clinical learning experiences and professional nurse caring : a critical phenomenological study of female baccalaureate nursing students." *Journal of Nursing Education*. 34(5): 235-242

Kosowski, M.M., K.M. Grams, C.B. Wilson (1996) "Enhancing caring for diverse communities : an innovative approach." *Prisma* 4(1): 3-4

Kosowski, M.M., K.M. Grams, G.J. Taylor, C.B. Wilson (2001)"They took the time ... They started to care: stories of African-American nursing students in intercultural caring groups. *Advances in Nursing Science*. 23(3): 11-27

Kristoffersen, N.J. (1998) *Motivasjon og kompetanse, viktigere enn tid og penger for sykepleiere som er veiledere?: et utviklingsarbeid rettet mot kvalitetsutvikling i praksisstudiene i sykepleierutdanningen*. (Rapport Høgskolen i Østfold 1998:3). Halden: Høgskolen i Østfold

Kroksmark, T. (2006) *Den tidløse pedagogikken*. Bergen: Fagbokforlaget

Kultur- og vitenskapsdepartementet (1988) *Med viten og vilje* (NOU 1988:28). Oslo : Departementet

Kultur- og vitenskapsdepartementet (1989) *Om forskning* (St.meld.nr. (28:1988-1989)). Oslo : Departementet

Kurs-1-heftet: *Sykepleiens grunnlagstenkning*. Kull 99H, høsten 1999

Kurs-2-heftet: *Grunnleggende sykepleiemetoder*. Kull 99H, våren 2000

Kurs-3-heftet: *Sykepleiens sentrale ferdighetsområder*. Kull 99H, høsten 2000

Kurs-4-heftet: *Kliniske studier i somatiske sykehus*. Kull 99H, våren 2001

Kurs-5-heftet: *Kliniske studier i forebyggende helsearbeid, psykisk helsevern og hjemmebasert omsorg, hjemmesykepleie*. Kull 99H, høsten 2001, våren 2002.

Kvale, S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Kvåle, K. (1999) "Pasienten vil ha teknisk dyktighet – sykepleierne vil lytte." *Sykepleien*. 87(10): 60-64

Kvåle, K. (2006) "Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienten ser det". *Vård i Norden*. Vol 26, No. 79, pp 15-19

Kyrkjebø, J.M. (2004) *Learning to improve : integrating continuous quality improvement learning into nursing education*. (Doktoravhandling). Bergen : Universitetet

Landers, M.G. (2000) "The theory – practice gap in nursing : the role of the nurse teacher." *Journal of Advanced Nursing*. 32(6): 1550-1556

Lave, J., E. Wenger (1991) *Situated learning : legitimate peripheral participation*. Cambridge : Cambridge University Press

Lawler, J. (1996) *Bak skjermbrettene : sykepleie, somologi og kroppslige problemer*. Oslo : Ad Notam Gyldendal.

Lee-Hsieh, J., C.L. Kuo, H.F. Tseng (2005) "Application and evaluation of a cring code in clinical nursing education." *Journal of Nursing Education*. 44(4): 177-184

Lincoln, Y.S., E. G. Guba (1985) *Naturalistic inquiry*. Newbury Park : Sage Publications

Løchen, Y.: (1996) "Drivkreftene bak helsetjenestens utvikling." I: Lian, O.S.: (red.) *Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys*. Oslo: Tano Aschehoug

MacNeil, M., Evans, M. (2005) "The Pedagogy of Caring in Nursing Education." *International Journal of Human Caring*. Vol 9, No. 4, pp 45-51

Martinsen, K. (1989, 2003) *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays*. Oslo: Tano

Martinsen, K. (1990) "Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring." I: Jensen, K., G. Engelsrud: *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal

Martinsen, K. (1996, 2003) *Fenomenologi og omsorg : tre dialoger*. Oslo : Tano Aschehoug

Martinsen, K. (2000) *Øyet og kallet*. Bergen : Fagbokforlaget

Marton, F. (2000) "The practice of learning." *Nordisk Pedagogikk*. 20(4)

NOKUT - Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen. (2003) *UFDs forskrift om akkreditering, evaluering og godkjenning etter lov om universiteter og lov om private høyskoler av 2.januar 2003* Oslo : Departementet

Nolan, C.A. (1998) "Learning on clinical placement : the experience of six Australian student nurses." *Nurse Education Today* 18(8): 622-629

Norsk Sykepleierforbund (1979) *Riss over den prinsipielle oppbygning av a)høgskoleprogram i sykepleie b) spesialutdanning i sykepleie*. Oslo : Norsk Sykepleierforbund

Norsk Synonymordbok (1984) (Kunnskapsforlagets blå ordbøker.) Oslo: Achehoug Gyldendal

Nortvedt, P., Grimen, H. (2004) *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Olsen, H. (2003) "Veje til kvalitativ kvalitet? : om kvalitetssikring av kvalitativ interviewforskning." *Nordisk Pedagogikk* 23(1): 1-20

Olsen, R., H.H. Finstad (1989) *Kompetanseutvikling i sykepleie – en studie av sykepleieren som praksisveileder i sykepleierhøgskolen*. Nordland Sykepleierhøgskole, Avdeling for etter- og videreutdanning. (Rapport nr. 1)

Olsen, R. H. (1998) *Klok av erfaring? : om sansning og oppmerksomhet, kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie*. Oslo : Tano Aschehoug.

Olsen, R.H., H.H. Finstad (2003) *Snakk om erfaring : en undersøkelse av å samtale om praktisk kunnskap* (Rapport 4/2003). Bodø : Høgskolen

Paulgaard, G. (1997) "Feltarbeid i egen kultur : innenfra, utenfra eller begge deler?" I: Fossåskaret, E., O.L. Fuglestad, T.H.Aase (red.) *Metodisk feltarbeid : produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo : Universitetsforlaget

Perälä, M.L.: (2000) "Recommendation for the Integration of Nursing Research into Practice." *International Journal of Nursing Practice* 6(6), 354-355

Polit, D.F., C.T. Beck (2004) *Nursing research principles and methods*. 7th.ed. Philadelphia : Lippincott

Prestbakmo, R.T. (2006) "En studie av veiledningssamtalen mellom kontaktsykepleier og student." *Vård i Norden* 80(26), 36-39

Priest, H. (2004) "Phenomenology." *Nurse Researcher* 11,4; ProQuest Medical Library, pp 4-6

Ramage, C. (2004) "Negotiating multiple roles : link teachers in clinical nursing practice." *Journal of Advanced Nursing*. 45(3): 287-296

Rask Eriksen, T. (1992) *Omsorg i forandring*. København : Munksgaard

Redmond, G.M., J.M. Sorell (1996) "Crating a caring learning environment." *Nursing Forum*. 31(4): 21-27

Richardson, L.(2000) "Writing – A method of inquiry." I: Denzin, N., Y.Lincoln (red.): *Handbook of qualitative research*. 2nd. ed. Thousand Oaks : Sage Publications

Rognstad, M.K. (2001) "Verdier i endring i sykepleie." *Vård i Norden*. 21(3): 14-6

Rognstad M. (2002a) "Sykepleierstudenters forestillinger om utdanning og yrkesutøvelse". *Vård i Norden*. 22(2): 27-32

Rognstad M. (2002b) "Recruitment to and motivation for nursing education and the nursing profession." *Journal of Nursing Education*. 41(7): 321-5

Rognstad M., P. Nortvedt, O.Aasland (2004a) "Helping motives in late modern society : values and attitudes among nursing students." *Nursing Ethics*. 11(3): 227-39

Rognstad M., O.Aasland , V. Granum (2004b) "How do nursing students regard their future career? : career preferences in the post-modern society." *Nurse Education Today*. 24(7): 493-500

Ruyter, K.W., Vetlesen, A.J. (red.) (2001) *Omsorgens tvetydighet: egenart, historie og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk

Rønning, R. (2004) *Omsorg som vare? : kampen om omsorgens sjel i norske kommuner*. Oslo : Gyldendal Akademisk

Sabar, N. (2002) "Informed consent : is it an honest concept in qualitative research?" I: *Inciting dialogue at the edges of human science research*. 2002 International Human Science Research Conference, Victoria, BC, Canada, June 19-22.

Schibbye, A.L.L. (2002) *En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med individ, par og familie*. Oslo : Universitetsforlaget

Segesten, K. (2004) Evidence-based educational strategies for evidence-based nursing – a literature overview. *Vård I Norden* 73(24) 44-47

Säljö, R. (2001a) *Læring i praksis : et sosiokulturelt perspektiv*. Oslo : Cappelen Akademisk Forlag

Säljö, R. (2001b) "The individual in social practices." *Nordisk Pedagogikk*.21(2)

Silverman, D. (2005) *Doing qualitative research : a practical handbook*. London : Sage

Skoie, H. (2006) Unødvendige forskningskrav. *Forskerforum*. (1)
<http://www.forskerforbundet.no/Forskerforum/2006/17137/17141/17144/>
(nedlastet 07.03.2007)

Skovsgaard, A.M. (2004) "Dialogue and reflection between student nurses and their instructor in clinical practice." *Vård I Norden*, 71(24), 45-46

Solbakk, J.H. (1998) "Ethiske sider ved medisinsk og helsefaglig forskning." I: Lorensen, M.: *Spørsmålet bestemmer metoden*. Oslo : Universitetsforlaget

Sosialdepartementet (1969) *Lov av 19. juni 1969 nr. 57 om sykehus m.v. (Sykehusloven)*. Oslo: Departementet

Sosialdepartementet (1982) *Lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene*. Oslo: Departementet

Sosialdepartementet (1988) *Helsepolitikken mot år 2000 : Nasjonal helseplan*. (St.meld.nr.41 (1987-1988)). Oslo: Departementet

Sosial- og helsedepartementet (1994) *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*. (St.meld. nr. 50 (1993-1994)). Oslo: Departementet

Sosial- og helsedepartementet (1997) *Pasienten først! : ledelse og organisering i sykehus* (NOU 1997:2). Oslo: Departementet

Sosial- og helsedepartementet (2001a) *Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven) : med endringer, sist ved lov av 21. desember 2000 nr. 127 (i kraft 1. januar 2001)*. Oslo: Departementet

Sosial- og helsedepartementet (2001b) *Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven) med endringer, sist ved lov av 21. desember 2000 nr. 127 (i kraft 1. januar 2001)*. Oslo: Departementet

Sosial- og helsedepartementet (2001c) *Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (i kraft 1. januar 2001)*. Oslo: Departementet

Sosial- og helsedepartementet (2002) *Lov av 15. juni 2001 nr. 93. om helseforetak m.m. (Helseforetaksloven)*. Oslo: Departementet

Sosial- og helsedepartementet (2002) *Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) : med endringer, sist ved lov av 21. desember 2001 nr. 119 (i kraft 1. januar 2002)*. Oslo: Departementet

Sosialdepartementet, Helsedirektoratet (1975) *Midlertidige vilkår for offentlig godkjenning av læreanstalter til utdanning i alminnelig sykepleie*. (J.nr. 1821/75 H.dir.6. 1975) Oslo: Departementet

Statistisk Sentralbyrå (2001) *Aktuell utdanningsstatistikk*. Nr. 6

Strauss, A., J. Corbin (1998) *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks : Sage Publications

Strömberg, H., H. Eriksson (red.) (2006) *Genusperspektiv på vård och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

Studiehåndbok. Høgskolen i Vestfold, 1999-2000

Suikkala A., H. Leino-Kilpi (2001) "Nursing student-patient relationship: a review of the literature from 1984 to 1998". *Journal of Advanced Nursing*, 33(1): 42-50.

Syse, A. (2001) *Pasientrettighetsloven: med kommentarer*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Sørensen, B.Aa. (2000) *Internasjonale strømninger i helsepolitikk - sykepleie i en brytningstid: en rapport fra prosjektet "Hovedtrekkene i politiske og administrative styringsstrukturer i Norge og Europa - med betydning for sykepleieprofesjonen : på oppdrag*

- fra Norsk sykepleier forbund. (Arbeidsforskningsinstituttets skriftserie; 8). Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet
- Sørensen, B.Aa.: (2001) *Et nytt Helse-Norge? En panelstudie fra somatiske sykehus*. Arbeidsforskningsinstituttet, (Rapport 5)
- Tanner, C. (1990) "Caring as a value in nursing education." *Nursing Outlook*. 38(2): 70-72
- Tennøe, E.H. (1996) *Induktiv metode i sykepleieundervisningen : undervisning av praktiske ferdigheter*. (Hovedoppgave) Oslo : Universitetet.
- Terum, L.I., P.O.Aamodt (2003) *Hvordan, hvor mye, og hvorfor studerer studentene? : om læringsmiljø, jobbpreferanser og forståelse av kompetanse i profesjonsutdanningene*. (HiO-rapport, nr.8) Oslo : Senter for Profesjonsstudier
- Thagaard, T. (2003) *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Utdannings- og forskningsdepartementet (2004) *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Fastsatt 1.juli 2004. Oslo : Departementet
- Valset, S. (1991) *Sykepleie og egenomsorg som helsefremmende prosesser*. Universitetet i Oslo, Institutt for Sykepleievitenskap
- Van Manen, M. (1997) *Researching Lived Experience : Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. Canada : The Althouse Press
- Wadel, C. (1991) *Feltarbeid i egen kultur: en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord : SEEK
- Wenger, E.(1998) *Communities of practice : learning, meaning, and identity. Learning in doing: social, cognitive and computational perspectives*. Cambridge : University Press
- Wilkes, L.M., M.C.Wallis (1998) "A model of professional nurse caring : nursing students' experience." *Journal of Advanced Nursing*. 27(3): 582-589
- Wilson,C.B., K.M.Grams, M.M.Kosowski (1997) "Caring groups in nursing education: crating caring connections in nursing practice." *International Journal of Human Caring*. 1(3): 22-31

FIGURER, TABELLER OG BOKSER

FIGURER

Figur 1	Praksisarkets utforming	24
Figur 2	Kosowski's læringsmodell	55
Figur 3	Sirkulær analyseprosess	89

TABELLER

Tabell 1	Grunnutdanning i sykepleie; oppbygning og sekvens	20
Tabell 2	Skjematisk oversikt over plassering av kliniske studier i en treårig grunnutdanning i sykepleie	22
Tabell 3	Oversikt over respondenters deltagelse i studien	29
Tabell 4	Fordeling av utvalgskriterier	29
Tabell 5	Oversikt over datagrunnlaget	84

BOKSER

Boks 1	Utsnitt fra feltnotater	91
Boks 2	Utsnitt fra refleksjonsmemos	91
Boks 3	Utsnitt fra analyse dokument	92

VEDLEGG

- Vedlegg 1** Forespørsel til høghskolens dekan om tilgang til forskningsfeltet
- Vedlegg 2** Forespørsel til studentene om deltagelse i studien
- Vedlegg 3** Kontrakt mellom prosjektansvarlig og deltager i prosjektet
- Vedlegg 4** Forespørsel til institusjonsleder om tilgang til forskningsfeltet
- Vedlegg 5** Brev / kontrakt til kontaktsykepleiere om tillatelse til å lese kommentarene på studentenes praksisark
- Vedlegg 6** Svarbrev fra Regional Etisk Komité, Helseregion II
- Vedlegg 7** Svarbrev fra Datatilsynet
- Vedlegg 8** Kvittering fra Datatilsynet

Betty-Ann Solvoll

Dekan

Dato 2.5.00

Kopi: Kontorsjef

Jeg planlegger en undersøkelse om hvordan studenter lærer seg å bli sykepleiere. For å få mere kunnskaper og bedre innsikt på dette feltet, vil det være nyttig for meg å følge opp sykepleie-studenter i praktiske læresituasjoner.

Mitt ønske er å velge studenter fra Høgskolen som informanter til dette prosjektet. Det betyr at jeg følger studentene gjennom hele vakter i kortere tidsperioder gjennom visse deler av utdanningen. Disse periodene kommer slik i utdanningsforløpet:

- En periode i Kurs 2 i sykehjemspraksis
- En periode på øvingslaboratoriet i Kurs 3
- En periode i sykehuspraksis i Kurs 4

Siden jeg planlegger å følge studenter ut i klinisk praksis, er det nødvendig å legge prosjektet fram for Regional Etisk Komite (REK) til vurdering. Det arbeider jeg med nå. REK har møte den 11.5.2000.

Utvalget av studenter skjer i tråd med prinsippet om informert samtykke. Informasjonen til studentene skjer både skriftlig, med gjensidig undertegning av kontrakt (se vedlegg) og i muntlig form. I brevet til studentene går deres rett til å trekke seg fra prosjektet tydelig fram.

Lærerkollegaer som vil bli berørt av prosjektet, vil bli informert og i tillegg ha innflytelse på valg av læringssituasjoner der jeg er med som observatør.

Jeg håper, på bakgrunn av denne informasjonen, at det er mulig å gi meg tillatelse til gjennomføring av prosjektet og tilgang til feltet på Høgskolen.

Vennlig hilsen

Betty-Ann Solvoll

Forespørsel om deltagelse i en studie av praksislæring

Dato

Kjære Student!

Jeg planlegger en undersøkelse om hvordan studenter lærer seg å bli sykepleiere. For å få mere kunnskaper og bedre innsikt på dette feltet, vil det være nyttig for meg å følge opp studenter i praktiske læresituasjoner.

Mitt ønske er å få være sammen med deg i ulike læringssituasjoner for å kunne ta disse i nærmere øyesyn. Planen er å følge deg gjennom visse deler av utdanningen. Det gjelder en periode i Kurs 2 i sykehjemspraksis, en periode på øvingslaboratoriet i Kurs 3 og en periode i sykehuspraksis i Kurs 4. Hvor og når jeg helt eksakt skal være sammen med deg, avtaler vi muntlig.

I tillegg til å få være sammen med deg i praksis, ønsker jeg å få lov til å lese noen av dine skriftlige oppgaver. Det kan f.eks. omfatte obligatoriske oppgaver, praksisark og eksamensbesvarelser.

Jeg understreker for deg at jeg ikke er opptatt av dine prestasjoner som student, hvordan du gjør framskritt osv. i studiesituasjonen. Det jeg er interessert i er hvordan læringssituasjonene på sykehjem, på øvingslaboratoriet og i sykehus gir deg muligheter til læring, utfordrer deg på yrkeskunnskap og forbereder deg på yrket som sykepleier. Dette betyr at jeg ikke blir delaktig i noen form for evalueringer av deg. Likeledes vil jeg ikke snakke med verken sykepleiere eller lærere om ditt studieforløp.

Du skal vite at du har rett til, på hvilket som helst tidspunkt, å trekke deg fra deltagelsen, uten å måtte begrunne det for noen og uten at det får noen skolemessige konsekvenser for deg.

Dersom du finner å kunne delta, ber jeg deg tilkjennegi det ved å underskrive kontraktene som ligger ved og levere ett eksemplar til meg. Jeg ringer deg om ca en uke.

Dette studiet er et arbeid mot å ta doktorgrad på Det medisinske fakultet på Universitetet i Oslo. Min veileder er Kristin Heggen.

Vennlig hilsen Betty-Ann Solvoll

Vedlegg 3

Kontrakt mellom prosjektansvarlig og deltager i prosjektet

Jeg er kjent med studiet om læring av sykepleie og gir herved min tilslutning om deltagelse.

Jeg er klar over min rett til å trekke meg fra studiet.

Studentens navn.....

Jeg forplikter meg på at studentens studieforløp, progresjon og studie-innsats ikke på noe tidspunkt vil bli omtalt til andre, verken sykepleiere eller lærere.

Studenten garanteres herved anonymitet i presentasjonen av studiet.

Prosjektansvarlig.....

Betty-Ann Solvoll
Høgskolelektor
Adr

Dato

Til Institusjon
Ved Navn

Forespørsel om tillatelse til å besøke deres institusjon i forbindelse med et pågående studie i sykepleie

Mitt navn er Betty-Ann Solvoll og jeg arbeider på Høgskolen, avdeling For tiden er jeg i gang med en undersøkelse om hvordan studenter lærer seg å bli sykepleiere. For å få mer kunnskaper og bedre innsikt på dette feltet, følger jeg opp et antall studenter i praktiske læresituasjoner. En av disse er på deres institusjon, på avdelingene.....

Ved å følge studenter tett i kliniske studier, vil jeg være med dem i alt de gjør, på vaktrom, på rapporter, stell og pleie av pasienter osv. Jeg erkjenner at dette også gir meg tilgang til opplysninger om pasienter, personalet og avdelingen for øvrig. Det er viktig å understreke at jeg ikke samler opplysninger om deres pasienter. Ivaretagelsen av personvernet kan derfor dekkes av min taushetsplikt som sykepleier. Dette er imidlertid spørsmål som vi kan diskutere. Dette prosjektet har vært til Regional Etisk Komité til vurdering og prosjektet er tilrådet. Forut for ethvert besøk på pasientrom, vil jeg sørge for at pasienten(e) er informert og forespurt, på en slik måte at de har reell mulighet til å avstå fra min inntreden.

Selv om studentenes læringsmiljø ikke er hovedfokus i min undersøkelse, er opplysninger om de konkrete situasjonene studentene står i, viktige for denne studien. Derfor er opplysninger vedrørende studentenes læringssituasjon og læringsmiljø ved institusjonen, verdifulle. Alle opplysninger som kan knyttes til deres institusjon vil bli anonymisert.

Dette studiet er et arbeid mot å ta doktorgrad på Det Medisinske Fakultet på Universitetet i Oslo. Min veileder er førsteamanuensis Kristin Heggen, på Seksjon for Helsefag ved samme universitet.

Dersom dere finner dette mulig, ber jeg at det tilkjennegis ved å underskrive kontraktene som ligger ved. Frankert konvolutt vedlegges. Jeg tar telefonisk kontakt en av de nærmeste dagene for å svare på evt. spørsmål og å drøfte praktiske framgangsmåter om informert samtykke fra pasienter.

Vennlig hilsen

Betty-Ann Solvoll
Høgskolelektor / Stipendiat

Kjære kontaktsykepleierDato

Mitt navn er Betty-Ann Solvoll og jeg er lærer på Høgskolen Jeg er kjent med at du er kontaktsykepleier for Student

For tiden holder jeg på med et studie hvor fokuset er sykepleiestudenters læringsprosesser i sykepleierutdanningen. Ett av de spørsmålene jeg stiller meg er: Hvordan lærer man seg å bli gode praktikere?

I den forbindelse har jeg fått lov til å følge tett innpå noen studenter, bla. I dette semesteret ønsker jeg å lese studentenes praksisark. I og med at du sannsynligvis kommer til å kommentere på arkene, vil jeg få spørre om din tillatelse til å lese disse.

Her vil jeg understreke at dette er helt frivillig og du har full anledning til å avstå. Samtidig vil jeg også få legge til at din tillatelse vil kunne være lærerik for meg og berikende for mitt prosjekt. All behandling av disse opplysningene vil bli anonymisert.

Dersom du ikke vil at jeg skal ha tilgang til det du skriver, ordner jeg dette rent praktisk, etter avtale med lærer, og at hun kopierer praksisarkene til meg, hvor din tekst blir tildekket.

Dersom du syns det er greit at jeg får lese din tekst, ber jeg deg om å sette ditt navnetrekk nederst på dette arket, på anvist sted og sende det i vedlagte frankerte konvolutt.

Vennlig hilsen

Betty-Ann Solvoll
Stipendiat

Jeg gir tillatelse til å lese mine kommentarer på studentens praksisark

Kontaktsykepleiers underskrift

Helseregion II

Førsteamanuensis dr.polit.
Kristin Heggen
Seksjon for helsefag
Universitetet i Oslo
Pb 1153

Deres ref.: 12.04.00

Vår ref.: S-00118

Dato: 25.05.00

**Tanke ord og gjerning - en studie av praktisk kunnskapsutvikling i profesjons-
utdanning av sykepleiere**

Prosjektleder: Førsteamanuensis Kristin Heggen, Seksjon for helsefag, Universitetet i Oslo

Komiteen behandlet prosjektet i sitt møte torsdag 11. mai 2000 og gjorde følgende vedtak:

“Det må utarbeides en skriftlig informasjon og samtykke til pasientene som berøres av prosjektet. Den sendes komiteen til gjennomsyn.

Komiteens leder og sekretær tar stilling til prosjektet når svar fra prosjektleder foreligger.”


Komiteen har mottatt brev av 11.05.00 fra høgskolelektor Betty-Ann Solvoll vedlagt informasjon til pasienter/beboere.

Komiteen finner pasientinformasjonen tilfredsstillende, og tilrår at prosjektet gjennomføres.

Vi ønsker lykke til med prosjektet.

Med vennlig hilsen

Sigurd Nitter-Hauge (sign)
professor dr.med.
leder


Ola P. Hole
avdelingsleder
sekretær

Kopi: Høgskolelektor Betty-Ann Solvoll, Høgskolen i Vestfold



Betty-Ann Solvoll
Høgskolen i Vestfold
Postboks 2243
3103 TØNSBERG

Hans Holmboesgt. 22
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47/ 55 58 21 17
Fax: +47/ 55 58 96 50
E-mail: nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no

Vår dato: 27.06.2001

Vår ref: 200100330 AGM / RH

Deres dato:

Deres ref:

FORSKNINGSPROSJEKT SOM OMFATTES AV MELDEPLIKT

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.06.2001.
Meldingen gjelder prosjektet:

*8556 Tanke, ord og gjerning - en studie av praktisk kunnskapsutvikling i
profesjonsutdanning av sykepleiere*

Etter gjennomgang av meldeskjema og dokumentasjon, finner Datafaglig sekretariat at
behandlingen av personopplysningene vil være meldepliktig i henhold til Lov om
behandling av personopplysninger (POL) § 31.

Datafaglig sekretariat har sendt melding om prosjektet til Datatilsynet 27.06.2001.
Datainnsamlingen kan ikke starte før behandlingsansvarlig har mottatt kvittering fra
Datatilsynet. Datatilsynet opplyser at dette vil normalt ta 1-2 uker. Dersom kvittering
ikke foreligger innen 27.7.2001, kan prosjektleder likevel starte datainnsamlingen.

Vår vurdering er basert på følgende opplysninger fra prosjektleder:

Formålet med prosjektet er å gi en grundigere forståelse av hvordan studenter i en
omsorgsutdanning utvikler praktisk dyktighet og profesjonell kompetanse.

Utvalget består av syv sykepleiestudenter i to ulike aldersgrupper (19-25 år) og (35-45
år). Utvalget er rekruttert fra en klasse i sykepleierutdannelsen. Prosjektleder foretar
rekrutteringen og oppretter første gangs kontakt i kraft av sin stilling ved høgskolen.

Opplysningene skal samles inn gjennom intervju, observasjon av sykepleierstudentene
i arbeid og fra skriftlige studentarbeider. Det skal samles inn opplysninger om
studentenes alder, kjønn, verbalt engasjement, kurs og praksisplass, fokus ligger på
lærings situasjonen og hvordan studentene lærer seg et praktisk yrke. Kombinasjonen
av opplysningene gjør at det kan være mulig å identifisere enkeltpersoner indirekte.
Opplysningene skal registreres elektronisk på isolert pc.

Informasjonsskrivet gjør rede for alle deler av undersøkelsen. Det innhentes skriftlig
samtykke fra deltakerne.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, P.O.Box 1055 Blindern, N-0316 Oslo. Tel: +47/ 22 85 52 11. E-mail: nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, N-7491 Trondheim. Tel: +47/ 73 59 06 04. E-mail: kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, ISV/Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø. Tel: +47/ 77 64 43 36. E-mail: nsdmaa@isv.uit.no

Prosjektslutt er satt til 31.12.2003. Datamaterialet vil bli anonymisert når prosjektet er avsluttet.

Opplegget for undersøkelsen vil ut fra dette fylle kravene for meldeplikt. Det er grunn til å understreke at de alminnelige regler for behandling av personopplysninger fremdeles vil gjelde, jf. POL kapittel II, III og IV.

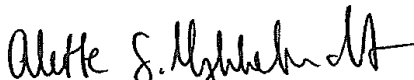
Dersom undersøkelsesopplegget endres i forhold til de punktene som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet vurderes på nytt av Datafaglig sekretariat.

Det gjøres forøvrig oppmerksom på at det skal gis ny melding tre år etter at forrige melding ble gitt, dersom prosjektet fortsatt pågår, jf. § 31 tredje ledd.

Kontaktperson: Alette Gilhus Mykkeltvedt tlf: 55583542

Vennlig hilsen
Datafaglig sekretariat


Vigdis Kvalheim


Alette Gilhus Mykkeltvedt

Vedlegg: Utdrag fra POL §§ 31 og 33 og forskriftenes kapittel II §§ 7-20 og 7-25.



Kristin Heggen/Seksjon for helsefag/UiO
Postboks 1153, Blindern

0316 OSLO

Deres ref

Vår ref (bes oppgitt ved svar)
2001/2963 ltw

Dato
09.07.01

KVITTERING FOR MOTTATT MELDING I HENHOLD TIL PERSONOPPLYSNINGSLOVEN § 31

I overensstemmelse med personopplysningsloven § 31, 2.ledd, 2. punktum, gis med dette kvittering for mottak av en melding om behandling av personopplysninger datert 29.6.01.

Datatilsynets referansenummer på meldingen er: 982

Vi gjør oppmerksom på at denne kvittering bare er en bekreftelse på at Datatilsynet har mottatt meldingen. Kvitteringen er ikke et uttrykk for at Datatilsynet har vurdert om behandlingen av personopplysninger tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven. Den behandlingsansvarlige er selv ansvarlig for at disse kravene er oppfylt.

Den innmeldte behandling av personopplysninger kan igangsettes eller fortsette ved mottak av denne kvittering.

Datatilsynet gjør oppmerksom på at den behandlingsansvarlige må sende ny melding i henhold til personopplysningsloven § 31 tredje ledd. Bestemmelsen har følgende ordlyd:

"Ny melding må gis før behandling som går ut over den rammen for behandling som er angitt i medhold av § 32. Selv om det ikke har skjedd endringer, skal det gis ny melding tre år etter at forrige melding ble gitt".

Meldingens innhold vil være offentlig tilgjengelig, i overensstemmelse med personopplysningsloven § 42 annet ledd nr 1.

Med hilsen

Knut-Brede Kaspersen (e f) (sign)
seksjonssjef